



AUTORA: ALICE
FIGUEIRA

RELATÓRIO DE TRABALHO DE PROJETO

PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

RELATÓRIO DE TRABALHO DE
PROJETO APRESENTADO PARA
CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA, REALIZADA SOB A
ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA DA PROF.^ª
DR.^ª ALICE RUIVO

AGOSTO DE 2013

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de de

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Setúbal, de de

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho conta-mos com a colaboração de várias pessoas que, com o seu carinho, compreensão e muita paciência tornaram possível projeto.

Gostaríamos, então, de agradecer à Profª Alice Ruivo por todo o seu apoio, disponibilidade, preocupação, carinho e por nos ter proporcionado a possibilidade de adquirir conhecimentos que são e serão tão preciosos ao longo de toda a vida profissional e pessoal.

À Enfª Natércia Rodrigues, um muito obrigada pela sua disponibilidade e simpatia.

À Enfª Rosário Rodrigues e Enfª Tatiana Silva, nós agradecemos pela receptividade e apoio em todas as etapas do projeto.

À Enfª Patrícia Maninha, pelo companheirismo e amizade demonstradas.

À Enfª Etelvina Ferreira, um obrigada pela paciência, disponibilidade e apoio.

A todos os intervenientes do projeto (profissionais de saúde), nós agradecemos a participação.

Por fim, à nossa família que, tal como esperávamos, nos ajudou incondicionalmente em tudo, revelando-se mais uma vez como única.

A todos, um muito obrigado.

*É FAZENDO QUE SE APRENDE A FAZER
AQUILO QUE SE DEVE APRENDER A FAZER.*

ARISTÓTELES

RESUMO

Os cuidados de saúde modernos trouxeram ganhos em saúde sem precedentes às novas gerações de doentes e seus familiares. Foram encontradas curas para situações consideradas incuráveis e aumentou o tempo de sobrevivência com melhor qualidade de vida. Porém, todas estas conquistas acarretam riscos sendo um dos mais importantes a infeção. Trata-se de uma problemática para a qual existem métodos de estudo validados, sendo a prevenção fundamental, pelo que deve ser uma das componentes críticas de qualquer programa de segurança do doente.

Uma das principais medidas de prevenção e controlo assenta no cumprimento das boas práticas, nomeadamente a Higienização das Mãos. Em 2005 a Organização Mundial de Saúde lança ao mundo um programa de sensibilização da importância desta temática, tendo Portugal aderido, através da Direção Geral da Saúde em 2008, com uma campanha “medidas simples salvam vidas”, implementada nas várias instituições prestadoras de cuidados de saúde. Este trabalho aporta a implementação desta campanha no serviço de urgência de um centro hospitalar do distrito de Setúbal. É de referir que o presente trabalho foi realizado sob a metodologia de projeto e engloba as etapas de Identificação, Diagnóstico, Planeamento, Execução e Avaliação. Numa primeira fase, com o objetivo de comprovar a pertinência do projeto calculámos a taxa de adesão dos enfermeiros à prática da higienização das mãos, tendo sido realizadas 100 observações aos enfermeiros do SUG. A taxa de adesão resultante dessas observações foi de 41%. A partir deste resultado traçou-se o grande objetivo deste projeto – melhorar a qualidade dos cuidados prestados no âmbito do controlo de infeção no Serviço de Urgência. Deste objetivo, delineámos três objetivos específicos, assim como todas as atividades necessárias à operacionalização do projeto. O primeiro foi dotar os enfermeiros de formação na área da Higienização das Mãos, o segundo refere-se à criação de um instrumento alusivo às boas práticas e por último a implementação do projeto.

Palavras-chave: infeção; segurança do doente; prevenção e controlo, risco, campanha nacional; higienização das mãos.

ABSTRACT

The modern health care brought health gains unprecedented new generations of patients and their families. We have found cures for incurable conditions and increased survival time with better quality of life. However, these achievements involve risk being one of the most important infection.

This is an issue for which there are methods of study validated, with prevention crucial and should be one of the critical components of any program of patient safety. A major prevention and control based on compliance with best practice, including Hand Hygiene. In 2005 the World Health Organization launched the world a program of awareness of the importance of this issue, and Portugal joined, through the General Directorate of Health in 2008, with a campaign "clean care is a safer care" implemented in the various institutions providing care health. This work brings the implementation of this campaign in the emergency department of a hospital in the district of Setúbal. It should be noted that this work was conducted under the project methodology and includes steps Identification, Diagnosis, Planning, Implementation and Evaluation. Initially, in order to prove the relevance of the project calculated the rate of adherence of nurses to practice hand hygiene, having been made 100 observations of nurses SUG. The membership fee resulting from these observations was 41%. From this result drew up the major objective of this project - to improve the quality of care provided under the control of infection in the emergency department. This goal, we outlined three specific objectives, as well as all the activities necessary to the operation of the project. The first was to provide nurses with training in Hand Hygiene, the second refers to the creation of an instrument alluding to the good practice and finally the implementation of the project.

Keywords: infection; patient safety; prevention and control; risk ; national campaign; hand hygiene.

SIGLAS

APDH – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

CP- Cuidados Paliativos

CH – Centro Hospitalar

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CE – Conselho de Enfermagem

CI – Controlo de Infecção

CNHM – Campanha Nacional da Higiene das Mãos

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

DQS – Departamento da Qualidade em Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

ITU – Infecção do Trato Urinário

MCD's – Meios Complementares de Diagnóstico

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infecção

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

PNS – Plano Nacional de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

RPN – Número de Risco Prioritário

SABA – Solução Anti-séptica de Base Alcoólica

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

EU – União Europeia

UIPA – Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

VE – Vigilância Epidemiológica

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1 – Taxa de adesão dos enfermeiros à prática da higienização das Mãos no período de 21 a 30/11/2011 num total de 100 observações **40**

Gráfico 2 – Adesão à pratica da higienização das mãos por momentos **42**

Gráfico 3 – Resultados da avaliação das ações de formação dos dias 6 e 7 Dezembro de 2011 num total de 20 enfermeiros **52**

ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 – Taxa de adesão dos enfermeiros à prática da higienização das mãos nos 5 momentos	41
--	-----------

ÍNDICE	Pág.
0. INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCETUAL	19
1.1. Teoria de Enfermagem	19
1.2. Qualidade em Saúde/Segurança do Doente	23
1.3. IACS	26
1.3.1. Higienização das Mãos	31
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	34
2.1. Diagnóstico de Situação	35
2.2. Planeamento do Projeto	45
2.3. Execução e Avaliação do Projeto	48
3. ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO CRÍTICA/DOENÇA CRÓNICA E PALIATIVA E CONTEXTUALIZAÇÃO DOS APORTES TEÓRICOS LECCIONADOS	55
4. REFLEXÃO DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	67
5. CONCLUSÃO	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELECTRÓNICAS	
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Pedido efetuado à Sra. Enfª do SUG	
APÊNDICE II – FMEA (Failure Mode end Effects Analysis)	
APÊNDICE III – Planeamento do PIS	
APÊNDICE IV – Cronograma do PIS	
APÊNDICE V – Relatório de Estágio – Hospital Privado de Lisboa	
APÊNDICE VI – Relatório de Estágio – Centro Hospitalar Distrito de Setúbal	
APÊNDICE VII – Cartaz de Divulgação da Ação de Formação	

APÊNDICE VIII – Plano da Ação de Formação

APÊNDICE IX – Diapositivos apresentados na Ação de Formação

APÊNDICE X – Protótipo do Instrumento Alusivo à Campanha

APÊNDICE XI – Cartaz de Divulgação das Ações de Formação Subsequentes (4 e 5 junho 2012)

APÊNDICE XII - Plano das Ações de Formação Subsequentes (4 e 5 junho 2012)

APÊNDICE XIII – Trabalho de Supervisão de Cuidados

APÊNDICE XIV – Artigo – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ANEXOS

ANEXO I – Grelha de Observação da OMS e adaptada pela DGS

ANEXOII – Certificado de Presença nas IV Jornadas de Controlo de Infecção

ANEXO III – Instrumento de avaliação da Ação de Formação

ANEXO IV – Pedido de Concessão de equivalências da Pós Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Cuidados Paliativos.

ANEXO V – Instrumento alusivo à Campanha

ANEXO VI – Diapositivos apresentados nas Ações de Formação Subsequentes (4 e 5 junho 2012) – Realizados pela OMS e adaptados pela DGS

0. INTRODUÇÃO

Este trabalho insere-se no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e apresenta-se como o culminar de vários meses de trabalho. O presente trabalho é fruto de dois percursos, o primeiro, a pós – graduação em enfermagem médico-cirúrgica – vertente cuidados paliativos, realizada no ano letivo de 2007/2008, que possibilitou a equivalência a 37 ECTS, ficando 53 ECTS por realizar no âmbito do presente curso de mestrado.

Um dos objetivos deste curso é a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), cuja finalidade major é proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, baseado na metodologia de projeto. Neste contexto, podemos referir que este trabalho, se intitula de Relatório de Trabalho de Projeto, e com a sua realização procuramos refletir sobre o trabalho desenvolvido em todas as etapas deste projeto.

De modo a contextualizarmos o presente trabalho, podemos definir projeto como um conjunto de atividades coordenadas e interrelacionadas que procuram cumprir um determinado objetivo específico (PONTE,1998).

O Trabalho de Projeto é, fundamentalmente, um *modus operandi*, uma estratégia que implica um método de ação (...). Procura-se, através dele, encontrar respostas para determinados problemas. Investigar e propor soluções pressupõe a alteração de situações previamente identificadas, isto é, uma análise diagnóstica do estado real das coisas, com o desejo de mudar qualitativamente pelo menos alguns aspetos do *status quo*, percorrendo várias etapas. A metodologia de projeto assenta numa ordem lógica de procedimentos e operações que se interligam (PONTE,1998).

De modo a operacionalizar este projeto foi necessário realizar dois estágios em contexto clínico, que na presente situação, equivaleram a 16 ECTS.

Os dois estágios foram realizados num Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar do Distrito de Setúbal, com um total de 459 horas, das quais 178 horas foram presenciais e realizadas no decorrer do 2º semestre do presente curso de mestrado,

mediante resposta positiva ao pedido que foi efetuado à direção da Escola Superior de Saúde de Setúbal.

A realização dos dois estágios ocorreu no período de 26 de Setembro de 2011 a 8 de Fevereiro de 2012. Este trabalho abrange, fundamentalmente, a temática das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, com particular relevo à higienização das mãos.

A DGS «reconhece que a IACS é um problema nacional de grande acuidade, afetando não só a qualidade de prestação de cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde» (PNCI, 2007:46).

Com a realização deste trabalho, consideramos os seguintes objetivos:

- Enquadrar conceitualmente este trabalho;
- Evidenciar os aportes teóricos lecionados em sala de aula;
- Descrever o Projeto de Intervenção em Serviço e suas etapas;
- Refletir acerca das aprendizagens e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica/doença crónica e paliativa, adquiridas e desenvolvidas, no âmbito da especialidade e suas implicações na prática;
- Analisar as atividades desenvolvidas no âmbito da aquisição e desenvolvimento das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica;

O presente trabalho divide-se em 5 partes, sendo a primeira parte, o enquadramento conceptual/teórico. Segue-se a segunda parte que aborda o projeto de intervenção em serviço. Na terceira parte surge a análise das aprendizagens à luz das competências do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica e em enfermagem à pessoa com doença crónica e paliativa. Ainda nesta parte do trabalho fazemos a contextualização dos conteúdos com os aportes teóricos lecionados em sala de aula durante o 2º semestre.

A quarta parte debruça-se na reflexão das aprendizagens à luz das competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica. Por último temos a conclusão, espaço onde sumariamente descrevemos o percurso realizado.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCETUAL

Epistemologicamente toda a ciência ou disciplina necessita de identificar e definir o seu domínio próprio de investigação e de prática, assim como os seus conceitos fulcrais através de uma cuidadosa revisão de literatura, de modo a construir um quadro de referência.

Quadro de referência é *“o termo geral utilizado para designar o quadro concetual ou o quadro teórico que tem função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação. (...) o quadro de referência é uma estrutura lógica, que permite ao investigador ligar o conjunto dos documentos num domínio ou num campo de conhecimentos. A elaboração de um quadro de referência é um processo interativo sobre os conceitos e a forma como eles vão estar ligados entre si. O seu objetivo consiste em estruturar os elementos de um estudo e em fornecer um contexto para a interpretação dos resultados”* (FORTIN, 1996:92).

Todo o trabalho de projeto no âmbito da enfermagem, requer uma conceptualização teórica subjacente, já que a definição explícita do modelo sobre o qual assenta o exercício da enfermagem numa situação específica vai afetar diretamente a prestação de cuidados de enfermagem ao doente, sendo por isso fundamental. Um modelo teórico é um conjunto de crenças, valores, atitudes e objetivos, que assentes numa teoria, orientam o exercício da prestação de cuidados, influenciam o que vai ser valorizado e definem aquilo a que se dará mais ou menos prestígio ou valor.

1.1. Teoria de Enfermagem

Todo o projeto, seja ele de que natureza for, carece de um referencial teórico, para que possa ser fundamentado.

De acordo com KÉROUAC *et al* (1994), esse processo de conceptualização deverá alicerçar-se na perspetiva única, ou na forma distinta, de examinar os fenómenos de uma dada área do conhecimento, disciplina ou ciência. Este autor refere ainda, que a forma de analisar os fenómenos, mesmo existindo consenso entre os conceitos fundamentais de uma disciplina, é marcada pelo modo de ver e compreender o mundo em cada momento

temporal, ou seja pelo paradigma e pela orientação teórica que se adota num dado momento.

Segundo Pearson et Vaughan (1992:14) *“um modelo de enfermagem é uma imagem ou representação do que a enfermagem é na realidade”*.

Neste contexto, adotamos o modelo teórico de Katharine Kolcaba como sustentação teórica deste projeto. Nasceu em Cheveland, Ohio em 1944. Em 1965 obteve o diploma de enfermagem pela St. Luke’s Hospital School of Nursing em Cheveland.

Em 1987 licenciou-se em enfermagem, recebendo o título de especialista em Gerontologia em 1997. O conforto foi ao longo do tempo, estudado por várias teóricas de enfermagem, onde se visibilizou o seu conceito, ainda assim, a sua conceptualização e operacionalização surgiram a partir da década de 90 do século XX com Katharina kolcaba, que desenvolveu a **Teoria do Conforto**, baseada em três tipos de raciocínio lógicos: indução, dedução e abdução. De acordo com KOLCABA (2002:89), conforto é *“a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental. (...))”*.

No dicionário de língua portuguesa (2012), a palavra conforto significa um derivado regressivo de confortar, prestar auxilio, apoio numa aflição, numa infelicidade; ato ou efeito de confortar; ajuda, consolação, consolo. A literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem. De facto, a prática de enfermagem esteve, ao longo dos anos fortemente ligada à noção de conforto, sendo o enfermeiro aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo. Porém, o seu significado tem tido várias interpretações, fruto da evolução histórica, política e social da sociedade e com a evolução técnico-científica das ciências da saúde e da enfermagem em particular.

A teoria de Kolcaba, assenta no termo conforto, frequentemente empregado nos cuidados de enfermagem. Segundo Kolcaba, o conforto é uma experiência imediata, sendo fortalecida essencialmente pelas suas necessidades: **alívio, tranquilidade e**

transcendência, dentro de quatro contextos: **físico**, **psicoespiritual**, **sociocultural** e **ambiental**. Assim, este fenómeno associa-se à enfermagem, sendo resultantes do cuidado profissional, proporcionado por meio de intervenções denominadas medidas de conforto para a satisfação das necessidades humanas básicas. Os doentes sentem necessidade de conforto em situações alvo de cuidado. Kolcaba considera o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem, sendo um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas de qualquer indivíduo, alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade, é o estado de calma ou satisfação, necessário para um desempenho eficiente; a transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Kolcaba centra a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo doente após a intervenção de enfermagem. Esta intervenção é vista, à luz da teoria de Kolcaba como uma forma de arte de enfermagem, em que as intervenções ou cuidados de conforto requerem um processo de ações confortantes ganhos pelos doentes. O aumento desse conforto é o resultado desse processo de conforto. Para Kolcaba a intervenção de enfermagem é a Ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção. Não obstante de todos estes princípios, que são basilares e fundamentais da sua teoria, Kolcaba reconhece que a arte de enfermagem é a aplicação individual de cada profissional dos princípios científicos e humanísticos nos contextos específicos do cuidar. Consideramos importante referir que a teoria apresentada assenta num paradigma existencial, pois o conforto aparece como um estado presente além da consciência, reconhecido apenas quando o doente já viveu um estado de desconforto, constituindo uma experiência pré-reflexiva, sendo, muitas vezes difícil de descrever.

Contextualizando a teoria do conforto, seguem-se os conceitos meta paradigmáticos defendidos por Kolcaba (2002):

- ✓ **Enfermagem** é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a apreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a

anterior linha de base. A apreciação e a reapreciação podem ser intuitivas e/ou subjetivas, tal como quando uma enfermeira pergunta se o doente está confortável, (...). A apreciação pode obter-se através da administração de escalas visuais analógicas, ou de questionários tradicionais, ambos os quais Kolcaba desenvolveu.

- ✓ **Doente** é quem recebe os cuidados, podem ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde.
- ✓ **Ambiente** é qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela enfermeira ou pelos entes queridos para melhorar o conforto.
- ✓ **Saúde** é o funcionamento ótimo, conforme definido pelo paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade.

Katharine Kolcaba aborda o conforto como o *coração* da sua teoria. Assim sendo, consideramos que a grande área temática abordada neste projeto, as IACS se enquadra neste modelo.

De acordo com OE (2001), o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente. Perante esta definição, e o seu enquadramento com a definição de ambiente de Kolcaba, podemos referir que o ambiente é um pressuposto dos cuidados de enfermagem de extrema importância, e tem como meta proporcionar conforto.

Assim sendo, as IACS, nomeadamente o seu controlo e prevenção surgem sustentadas no modelo teórico de Kolcaba. O ambiente surge aqui como um aspeto fulcral.

A prestação de cuidados deve ser sustentada por medidas de combate à transmissão de infeção, de forma a reduzir a morbilidade e co morbilidade dos doentes. A implementação destas medidas interfere diretamente em todo o processo de doença. Se os enfermeiros prestarem cuidados tendo em conta as medidas de prevenção e controlo de infeção, teremos certamente doentes mais confortáveis, no sentido em que haverá

um menor período de doença e consequentemente uma reabilitação mais célere, o que vai dispensar a aplicação de medidas suplementares, entre elas a realização de MCD's, procedimentos invasivos, aumento de custos financeiros, menor tempo de dispensa laboral, fatores que, na nossa perspetiva podem interferir muito negativamente na vida dos doentes e das suas famílias.

Ao longo deste trabalho, o termo utilizado à pessoa alvo dos cuidados é doente, tal como Kolcaba defende, sendo igualmente o termo com que nos identificamos na nossa prática.

Para finalizar, os aportes teóricos lecionados em sala de aula, no módulo do enquadramento concetual de enfermagem médico-cirúrgica, foram fundamentais na aquisição de conhecimentos acerca do modelo teórico de Kolcaba.

1.2. Qualidade em Saúde/Segurança do Doente

A necessidade de um sistema de qualidade foi identificada pela OMS Europa, na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, Meta 31, e pelo Conselho da Europa na sua recomendação 17/79 do Conselho de Ministros, referindo-o como um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objetivo de melhoria contínua (RIBEIRO, 2010).

Num contexto de preocupação global sobre a segurança dos doentes, considerado mundialmente um grave problema de saúde pública, os avanços na investigação e métodos de estudo desta problemática revelam-se de extrema importância (DGS, 2009).

As organizações científicas e internacionais (OMS, UE) recomendam aos Estados membros a avaliação da cultura de segurança, como condição essencial para se introduzir mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde prestados aos doentes (DGS, 2009).

A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de

saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes (DQS, 2011).

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, e foi também assumido que o seja, no PNS 2011-2016.

Segundo o relatório do estudo piloto da avaliação de cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses, realizado em 2011 pelo DQS e pela DGS, a Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, daí que as organizações responsáveis pela política nacional para a qualidade e segurança no sistema de saúde português promovam, a nível nacional, esta investigação, e a considerem imprescindível para direcionar intervenções de melhoria na cultura de segurança e monitorizar a evolução das mesmas.

Segundo a OMS (2009), a cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde.

As organizações contêm, assim, ambiente próprio, recebem influências e influenciam as várias pessoas que nelas atuam, sendo estes mesmos agentes os que contribuem para a formação da cultura da organização.

Por outro lado, e ainda segundo os dados do relatório elaborado pelo DQS e DGS, os cidadãos têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais transparência na informação sobre o desempenho das organizações prestadoras de cuidados, mais regulação, mais informação e maior participação nas decisões. Os decisores políticos exigem que os dinheiros públicos se traduzam em cuidados de qualidade, procuram que a auto-regulação das várias classes profissionais ligadas à saúde ganhe transparência e compreensibilidade e enfrentam desafios difíceis, derivados da crise económica e de uma escassez de médicos nos próximos anos.

Na realidade, apesar dos importantes resultados que têm vindo a ser obtidos em termos de ganhos em saúde, quer a nível internacional quer no nosso país, subsiste uma variabilidade preocupante na prática médica, problemas de acesso, de continuidade de cuidados, atrasos na implementação de boas práticas, negligências com impate mediático

e na saúde dos doentes, um défice de cultura de avaliação e de monitorização e uma ampla margem de melhoria dos cuidados que hoje prestamos aos nossos doentes.

Na área da saúde em Portugal, está-se a caminhar para uma cultura de segurança eficaz, que deverá passar pela implementação de sistemas de gestão de risco clínico e não clínico, de melhoria da qualidade e da segurança dos doentes, pela mudança de atitudes na forma como os profissionais vêem o seu trabalho, pela promoção do trabalho em equipa, procurando em todas as fases da prestação de cuidados, envolver mais os doentes na tomada de decisões (DQS, 2011). Assim sendo, criar sistemas de qualidade em saúde é uma prioridade. As associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas (OE, 2001).

De acordo com ANDRÉ e ROSA (1997), por cuidados de saúde de qualidade entendem-se os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar. Nesta perspetiva, a satisfação do utente opera como um indicador da qualidade, na medida em que reflete as visões dos utilizadores, tanto sobre as características do processo de que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas.

Qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Por conseguinte, as associações profissionais da área da saúde têm um papel fundamental na criação de sistemas de qualidade e na definição dos seus padrões para cada um dos domínios específicos que caracterizam os mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas (RIBEIRO, 2010).

Na enfermagem em particular, em 2005 a OE cria o Programa de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Trata-se de uma iniciativa do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE) que começou a ser aplicada em 2005 e que visa promover, nas instituições aderentes, a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, tendo por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE em 2001.

Neste contexto, e de acordo com a alínea b) do nº1 do art.30 do estatuto da OE, compete ao C.E. definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e, de acordo com a alínea c) do nº2 do mesmo artigo e alínea b) do nº2 do art.37, compete, respetivamente,

às comissões de especialidade e aos conselhos de enfermagem regionais, zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente (ESTATUTO da OE, 2009). Estes padrões tornam-se então precursores dos cuidados de enfermagem, baseados na evidência, o que constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Daí a utilidade de serem estabelecidas *guidelines*, orientadoras da boa prática. Neste seguimento, os enunciados descritivos elaborados pela O.E., com o intuito de uniformizar e ajudar as respetivas unidades de cuidados na obtenção da máxima qualidade de cuidados no exercício profissional, no sentido de estimular os enfermeiros a refletir e procurar novas formas de fazer e fazer melhor, com os recursos disponíveis, traduzem essa mesma preocupação, dando assim visibilidade ao contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde dos doentes. Deste modo, os enunciados descritivos que sustentam esta conjectura são: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

Atualmente em Portugal já existem vários programas de qualidade/segurança dos doentes implementados nas instituições prestadoras de cuidados, em que os enfermeiros têm um papel chave neste processo. Alguns dos programas são: o programa de Controlo de Infecção e das Resistências Antimicrobianas, Cirurgia segura salva vidas, Programa de Formação em Segurança do Doente dirigido aos Profissionais de Saúde, Campanha multimodal da Higienização das Mãos – mãos limpas salvam vidas, entre outros.

Podemos referir que o presente trabalho, ao abordar as IACS como tema central, com ênfase na higienização das mãos, nomeadamente na campanha nacional, se insere num programa de qualidade dos cuidados de enfermagem/segurança do doente.

1.3. Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

A infeção é uma complicação comum dos cuidados de saúde, mas em grande parte evitável, e que tem um impacto importante no cliente e nos serviços de saúde (WILSON, 2003).

As IACS constituem atualmente uma das maiores preocupações para os gestores dos serviços de saúde, uma vez que e segundo a World Health Organization (2010) “Na

Europa a cada ano, mais de 4 milhões de pacientes são afetados por cerca de 4,5 milhões de episódios de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), que causam 16 milhões de dias extra de internamento, 37 mil mortes e custam cerca de 7 bilhões de euros por ano.”

Os cuidados de saúde modernos trouxeram ganhos de saúde sem precedentes às novas gerações de doentes e seus familiares. Foram encontradas curas para situações consideradas incuráveis e aumentou o tempo de sobrevivência com melhor qualidade de vida numa escala que nada fazia prever há 50 anos. No entanto, todas estas conquistas acarretam riscos associados sendo um dos mais importantes a infeção. As IACS incluem-se hoje entre as complicações mais frequentes da hospitalização (PINA, 2010). As IACS constituem um problema de saúde devido à elevada morbi-mortalidade e custos associados. Trata-se de uma problemática para a qual existem métodos de estudo validados, assim sendo, a prevenção é fundamental, pelo que deve ser uma das componentes críticas de qualquer programa de segurança do doente (PINA, 2010).

Segundo o PNCI (2007), a IACS é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. Por vezes, estas infeções são também denominadas de infeções nosocomiais e podem ser adquiridas em meio hospitalar, ou em regime de ambulatório.

IACS é, segundo o Manual de Operacionalização do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (2008:5) *“um conceito alargado de infeção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório e domicílios) ”.*

A OMS reconhece que a IACS dificulta o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade, (...),(PNCI, 2007).

Os principais riscos são os associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infeções por microrganismos multirresistentes que, na

atualidade, representam uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam. As principais medidas de prevenção e controlo assentam por um lado, no cumprimento das boas práticas: precauções básicas (como higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental) e isolamento e, por outro, no uso racional de antimicrobianos. Para se obter resultados sustentáveis que podem atingir e manter taxas de zero por cento por períodos superiores a 3 anos no caso de infeções associadas a dispositivos invasivos são necessárias abordagens multimodais que incluam a monitorização contínua de resultados e de processo, uma forte adesão por parte dos órgãos de gestão, formação de todos os profissionais envolvidos, comunicação intra-equipa e uma mudança de paradigma: em vez de se abordar as IACS como uma consequência inevitável do desenvolvimento tecnológico e terapêutico, acreditar que a prevenção é possível (PINA, 2010).

A DGS «reconhece que a IACS é um problema nacional de grande acuidade, afetando não só a qualidade de prestação de cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde» (PNCI, 2007)

Se por um lado se prolonga a sobrevida dos doentes, por outro verifica-se que estes se tornam vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas UCI, quer noutras unidades (PINA, 2010).

As IACS afetam um grande número de indivíduos em todo o mundo tendo consequências negativas para os doentes, suas famílias e para os sistemas de saúde. Segundo a OMS (2007), as IACS constituem hoje uma epidemia silenciosa. A nível europeu, os estudos apontam para uma prevalência de 5 a 10 % de infeções em doentes hospitalizados. Na maior parte dos países da Europa, estima-se que haverá aproximadamente 3 milhões de casos identificados anualmente com 50.000 mortes relacionadas. Em Portugal, no IP realizado em 2003 pelo PNCI em articulação com a DGS, a taxa de IACS é de 8,4%. Relativamente ao IP realizado em 2010 o valor da taxa aumentou para 11,7% (DGS, 2010). Relativamente à taxa de infeção do serviço onde

estou a implementar o projeto, relativo ao ano de 2010, esta está a nível da média nacional, assim como a taxa do centro hospitalar (dados fornecidos Sra. Enfª Diretora).

Se as equipas multidisciplinares das unidades prestadoras de cuidados de saúde em consonância com os gestores hospitalares, não tomarem medidas assertivas no combate a esta problemática, os valores anuais irão, possivelmente crescer, potenciando uma situação insustentável. Não nos esqueçamos que a população está a envelhecer e as doenças crónicas são uma realidade. Estes dois fatores, entre outros, são responsáveis por inúmeros internamentos, o que vulnerabiliza os doentes a infeções.

Ao longo dos tempos, as IACS têm sido abordadas de diversas maneiras: segundo o risco, de acordo com a frequência, gravidade, mortalidade, custos. Assim, embora as infeções urinárias sejam as mais frequentes, as infeções da corrente sanguínea e as pneumonias estão associadas a maior mortalidade e custos. Com a evolução ao nível da tecnologia nos cuidados de saúde, dispõe-se cada vez de mais dispositivos médicos quer para monitorização quer para intervenção. A utilização destes dispositivos nem sempre é inócua e implica que os utilizadores conheçam de modo aprofundado as características e indicações de cada um deles e que os utilizem tendo por base tanto uma análise de custo-efetividade como de custo-benefício. Muitos destes dispositivos criam um “curto-circuito” aos mecanismos de defesa natural do organismo abrindo portas de entrada artificiais para os microrganismos (MAYHALL, 2004).

O risco de transmissão existe em todos os momentos da prestação de cuidados de saúde, especialmente em doentes imunocomprometidos e/ou na presença de dispositivos invasivos. A sobrelotação, a ausência de pessoal dedicado apenas aos doentes infetados e/ou colonizados, transferências frequentes de doentes entre serviços e Instituições de Saúde, e doentes críticos internados em unidades específicas (UCI) são fatores que contribuem para o aumento do risco de transmissão cruzada de IACS (PINA, 2010).

Segundo a OMS (2007), estima-se que cerca de 48 % dos doentes em cuidados intensivos sejam submetidos a colocação de cateter venoso central o que representa, nos EUA, 15 milhões de dias de cateter por ano em doentes de cuidados intensivos.

Consideramos importante referir que não só nas UCI existe risco acrescido de transmissão de infeção. Os serviços de urgência, pela complexidade das situações e dos

cuidados prestados à população, é outro dos serviços em que esta problemática incide. Por conseguinte, no serviço de urgência os cuidados tendem a ser diferenciados pelas variadas especialidades, sendo que o objetivo rege-se pela necessidade de cuidados imediatos ou não, assim como pelo tratamento da doença.

Segundo o despacho ministerial nº 11/2002 in PONCE & TEIXEIRA (2006:2), “(...) *estipula-se que deve ser efetuado o tratamento das ocorrências de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais (...) situações de instalação súbita em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais dessas funções (...)*”. Neste contexto, podemos referir que, para além das situações de doença grave e aguda dos cidadãos, a escassez de profissionais de todas as categorias, a sobrelotação de doentes e a constante mobilização destes, são os fatores que, na prática são mais responsáveis pelo não cumprimento ideal das medidas de prevenção da transmissão de infeção. Mediante esta conjuntura, é essencial sensibilizar os profissionais, chefias e os administradores hospitalares, com o intuito da tomada urgente de medidas preventivas. Na consideração da definição de prioridades na intervenção importa compreender a efetividade das medidas de prevenção em termos de volume e severidade dos diversos tipos de IACS, os grupos de doentes mais suscetíveis, os métodos de prevenção de eficácia comprovada, as infeções em que se tem obtido melhores resultados e, finalmente, os custos da prevenção. É fundamental que, em todos os momentos da prestação de cuidados ao doente, existam ações que atuem simultaneamente, quer na área da prevenção, quer na área do controlo da transmissão cruzada de microrganismos. Este conjunto de ações e recomendações, aos quais se dá o nome de Precauções Básicas e Isolamento, constituem os alicerces do CI, são a primeira “barreira de segurança” nos cuidados de saúde, contribuindo para a prevenção e controlo da transmissão cruzada das IACS, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, para a segurança dos doentes. A higienização das mãos é parte integrante das Precauções básicas e surge como tema central deste projeto.

1.3.1. Higienização das Mãos

Segundo WILSON (2003), as mãos dos profissionais são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos de doente para doente, e estão frequentemente implicadas como via de transmissão de surtos de infeção. Este procedimento constitui uma ação simples, acessível, rápida e que continua a ser uma das principais medidas para reduzir as IACS em todo o mundo.

De acordo com o PNCI (2010: 79) *“estudos feitos já a partir de 1979, demonstram que a diminuição da transmissão de infeção hospitalar está ligada à frequente lavagem das mãos pelos profissionais de saúde”*.

A importância da lavagem das mãos é conhecida há mais de 150 anos, graças a um médico Austríaco, Semmelweis. Este médico reparou que a febre puerperal era mais frequente na maternidade, onde trabalhavam os estudantes de medicina, que no serviço onde os cuidados eram prestados por parteiras. Ocorreu-lhe que os estudantes de medicina podiam transportar a doença nas mãos, a partir dos cadáveres que dissecavam, e ordenou que lavassem as mãos após a dissecação e antes que examinassem as pacientes. Esta simples medida resultou numa redução muito significativa dos índices de infeção e mortalidade maternos. Perante tais resultados, a lavagem das mãos tornou-se um procedimento obrigatório após cada doente observado, no sentido da diminuição das infeções cruzadas nos serviços.

A higienização das mãos subdivide-se em dois procedimentos, a lavagem das mãos com água e sabão e a fricção com SABA. O primeiro deve, segundo as orientações emanadas pela DGS, ser efetuado durante 40 a 60 segundos, e o segundo procedimento está preconizado ser efetuado durante 20 a 30 segundos. Porém, em estudos já realizados pela OMS/DGS, chegou-se à conclusão que o tempo médio despendido pela maioria dos profissionais de saúde é inferior a 10 segundos. Estes resultados levam-nos a crer que a adesão às práticas de higiene das mãos é baixa em todos os níveis de cuidados de saúde. Médicos e enfermeiros habitualmente lavam as suas mãos menos de metade das vezes que deviam, e quando há maior restrição de tempo e maior carga de trabalho, como em situações de cuidados críticos (DGS, 2009). Face a esta problemática, surge a Campanha Nacional de Higiene das Mãos (CNHM), fruto da adesão à estratégia

multimodal proposta pela *World Alliance for Patient Safety*, da OMS, no seu 1º desafio “*Clean Care is Safer Care*”. O objetivo desta campanha é promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada, abrangente e sustentada, contribuindo para a diminuição das IACS e para o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos, através do aumento da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos (DGS, 2010).

Em Portugal, a temática da Infecção, em particular da sua prevenção e controlo, tem um nível tão elevado de abrangência que, com o objetivo de garantir a prevenção e controlo de infeção hospitalar em todas as instituições de Saúde, a DGS aderiu a 8 de Outubro de 2008 a esta campanha, com o objetivo de fomentar a higiene das mãos, uma vez que constitui a medida mais relevante na prevenção e controlo da infeção. Esta adesão é realizada através da estratégia nacional, que engloba cinco componentes fundamentais: mudança no sistema (disponibilização de solução antisséptica de base alcoólica e acesso a lavatórios equipados); formação e treino dos profissionais; observação da prática da higiene das mãos; colocação de posters em locais estratégicos; fomentar um ambiente seguro (PNCI, 2007). A mensagem major desta campanha prende-se com a necessidade dos profissionais de saúde terem o dever de higienizar as mãos de acordo com o modelo conceptual dos “*Cinco Momentos*” proposto pela OMS, aos quais correspondem as indicações ou tempos em que é obrigatória a higiene das mãos na prática clínica. Com o intuito de facilitar a compreensão, este novo conceito integrado foca apenas cinco indicações.

Os “cinco momentos” para a higiene das mãos na prática clínica são os seguintes:

1. Antes do contacto com o doente;
2. Antes de procedimentos limpos/assépticos;
3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
4. Após contacto com o doente;
5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente.

De acordo com a DGS (2009), a implementação de uma estratégia multimodal para a higiene das mãos a nível nacional, por consenso com a proposta da OMS, constitui a abordagem mais eficaz para a promoção da prática da higiene das mãos, sendo que ao

adotar as medidas preconizadas, cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis.

As auditorias às práticas de higienização das mãos têm como objetivos, por um lado determinar as taxas de adesão, criando indicadores de qualidade, e por outro avaliar a qualidade de desempenho dos procedimentos e das Unidades de Saúde. Para além disso, a observação constitui uma forma de alertar os profissionais de saúde para a importância do ato, conseguindo-se ainda um efeito imediato de promoção simplesmente pelo facto de se estar a observar, demonstrando interesse na higiene das mãos (DGS, 2009).

Ainda dentro da temática da HM, é importante reforçar que o uso de luvas está apenas indicado, salvo quando existe indicação para medidas de isolamento de contacto, para as situações onde é previsível que exista a possibilidade de contacto das mão com: sangue ou fluidos orgânicos, membranas mucosas, pele não intacta, e superfícies visivelmente contaminadas.

O uso de luvas não modifica as indicações para higienização das mãos e, sobretudo, não substitui a necessidade de higiene das mãos, e se apropriado, a indicação para higiene das mãos pode implicar a remoção das luvas para efetuar a ação. É de salientar que, se o uso de luvas impedir o cumprimento da higiene das mãos no momento correto, então representa um maior fator de risco para a transmissão cruzada e para a disseminação de microrganismos pelo ambiente.

Se não for possível cumprir totalmente a higienização das mãos, é preferível preterir o uso de luvas e favorecer uma ótima higiene das mãos no interesse da proteção do doente e do ambiente da prestação de cuidados, desde que salvaguardada a proteção dos profissionais (DGS, 2009).

Só com uma abordagem multidisciplinar perseverante, transversal, bem estruturada e consistente, assente no conhecimento da cadeia de transmissão de infeção e tendo por base as Precauções Básicas é que se poderá contribuir para a prevenção da transmissão cruzada das IACS, para melhoria contínua dos cuidados de saúde, e assim contribuir para a segurança efetiva dos doentes.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Etimologicamente, o termo *projeto* deriva do latim: *projectare* – que significa lançar para afrente, atirar e terá surgido pela primeira vez no século XV (RUIVO *et al*, 2010).

O trabalho de projeto tem como objetivo major a análise e a resolução de um determinado problema através de várias etapas, que são: diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados (RUIVO *et al*, 2010). Assim, a metodologia utilizada na realização do presente trabalho foi a metodologia de projeto.

Segundo GUERRA (1994:4), a Metodologia de Projeto “*é um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real*”, isto é, ela concede-nos a previsão de uma mudança. É uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do (s) projeto (s) numa situação real.

A autora refere ainda que “*o Trabalho de Projeto cria uma pedagogia de aprendizagem, em oposição à pedagogia de ensino que se insere numa pedagogia tradicional. Pressupõe um novo conceito de aprendizagem, em que o aluno é considerado um agente dinâmico, criador, suscetível de construir o seu processo de conhecimentos, com base numa relação dialógica – responder-questionar*” (pag.5).

É de relembrar que o presente projeto foi desenvolvido numa instituição prestadora de cuidados de saúde, o que implicou um conhecimento aprofundado dos problemas existentes, que de alguma forma interferissem nos cuidados de enfermagem. Perante esta situação, a aplicação da metodologia de projeto, permitiu criar e desenvolver estratégias de uma forma sequencial, interligando conceitos e teorias. Permitiu também obter o resultado da junção dos aportes teóricos aprendidos aplicados a um problema real. Esta metodologia fornece um conjunto de ferramentas essencial à resolução dos problemas dos contextos, mas nunca esquecendo um referencial específico de competências. Este processo considera a autonomia do autor como peça fundamental à resolução do problema.

2.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto. Visa a conceção de um mapa mental sobre o problema identificado, que se vai materializar aquando da implementação das várias etapas do processo (RUIVO *et al*, 2010). Quando se desenvolve um projeto em cuidados de saúde, deve-se ter especial atenção a alguns aspetos, tais como: as necessidades dos doentes a quem prestamos cuidados, que na prática se traduzem em necessidades dos serviços, e a partir daí traçar estratégias e ações a desenvolver, com o intuito da resolução do problema identificado. Devemos ter em conta que a integração da equipa multidisciplinar neste processo é fundamental, pois permite o desenvolvimento das estratégias de uma forma mais abrangente e eficaz.

Como já foi referido anteriormente neste trabalho, o presente projeto foi desenvolvido numa unidade prestadora de cuidados de saúde, mais precisamente no serviço de urgência de um centro hospitalar do distrito de Setúbal. Deste modo, e com o objetivo de uma melhor compreensão das atividades desenvolvidas, segue-se uma breve caracterização do serviço.

Este Centro Hospitalar, é resultado da fusão do hospital X com o hospital Y, na sequência do Dec. Lei nº 280/2009 de 06 de Outubro e tem por objetivo principal a prestação de cuidados de Saúde à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral.

O hospital X, local onde foi realizado o estágio, tem 35 valências clínicas, prestando assistência ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência e Hospital de Dia. Tem vários Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, para além de um Serviço de Radioterapia, num total de 502 camas.

O SUG, do hospital X, começou a funcionar em Setembro de 1985, tendo tido várias alterações na sua estrutura física e organizativa ao longo dos anos. Estas alterações visam melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população e melhorar as condições de trabalho dos profissionais. Atualmente, é constituído por três grandes áreas Balcão, Diretos e SO/UIPA, prestando-se cuidados de saúde ao cliente do foro médico, cirúrgico e

traumatológico. A área do Balcão é sobretudo uma área de observação pelas várias especialidades e encaminhamento. O doente é observado, faz medicação e exames auxiliares de diagnóstico e na maioria das vezes tem alta, medicado para o domicílio.

Diretos, é a área do SU onde se observam e/ou estabilizam os doentes que necessitam de intervenção imediata. Desta área fazem parte a Sala de Pequena Cirurgia, Sala de Inala terapia e Sala de Reanimação/Emergência. A área de internamento do SUG é constituída por duas salas distintas, o SO e a UIPA.

O SO é destinado preferencialmente à observação prolongada de doentes do foro médico-cirúrgico e ortopédico, por períodos inferiores a 24 horas. Apesar de não ser uma área preferencial para internamento, permite manter em observação sete doentes com monitorização cardíaca, oxigenoterapia e todas as situações que impliquem equipamentos elétricos e procedimentos invasivos. Porém, no corredor é o local onde se encontram a grande maioria dos doentes internados em SO, sendo, desde há aproximadamente 1 ano, prática diária a existência de 25 a 30 macas no corredor. A UIPA, a funcionar desde Junho de 2004, pretende dar resposta ao internamento e vigilância de doentes instáveis, com necessidade de cuidados diferenciados e tem uma lotação de oito camas, todas com monitorização não invasiva e duas delas com ventilador.

Nesta unidade são internados os clientes que descem dos pisos de internamento por descompensação da situação clínica, os clientes vindos do exterior ou do Bloco Operatório.

Sob o lema “ Prioridade aos clientes mais urgentes “, o SU dispõe desde Novembro de 2006, a Triagem de Manchester. Esta permite definir prioridades no atendimento aos clientes, passando estes a ser atendidos de acordo com a sua situação clínica e não por ordem de chegada.

A taxa de afluência tem variações ao longo do ano, com picos significativos de afluência no Outono e Inverno, com redução na Primavera e Verão. No ano de 2010 foram admitidos no Serviço de Urgência cerca de 250 clientes por dia, tendo-se registado 88.487 episódios de urgência, para além dos clientes vindos do hospital Y.

A equipa médica é constituída por vários especialistas de medicina interna, cirurgia, cirurgia plástica, urologia, gastroenterologia, neurologia, cardiologia, pneumologia e

psiquiatria que, distribuídos em equipas, com uma rotatividade diária, asseguram os cuidados médicos no serviço.

A equipa de enfermagem é grande. Constituída por sessenta e um enfermeiros (trinta e cinco enfermeiros graduados e vinte e dois enfermeiros) e quatro enfermeiros especialistas.

Os enfermeiros do SUG estão distribuídos por cinco equipas. Cada equipa tem dez elementos, incluindo um enfermeiro chefe de equipa que, desempenha funções de gestão de pessoal e material, bem como a chefia de serviço na ausência da enfermeira coordenadora.

Os restantes enfermeiros, não incluídos nas equipas, têm horário de manhãs e tardes e constituem elementos de reforço da equipa de enfermagem, nestes turnos.

O método de gestão dos cuidados no SUG é o de trabalho em equipa, em que o enfermeiro chefe de equipa planifica a distribuição dos enfermeiros por sectores de trabalho e coordena a equipa de enfermagem, durante o seu turno. A passagem de turno é feita, junto ao doente, nos respetivos sectores de trabalho. Cada enfermeiro que termina o turno transmite as informações importantes à continuidade dos cuidados de forma sucinta, relativamente aos doentes a quem prestou cuidados, estando a restante informação escrita nas notas de enfermagem.

No SUG o espírito de equipa é essencial, dada a dinâmica do serviço. A grande maioria dos cuidados prestados implica a atuação rápida e eficaz de mais do que um enfermeiro em simultâneo, o que acontece com outras classes profissionais. Se não existir uma cumplicidade e complementaridade entre a equipa multidisciplinar, a vida e o prognóstico dos doentes pode ficar comprometida. A quantidade e natureza dos cuidados prestados, vocacionados para a estabilização de doentes críticos, a exigência e a rapidez de atuação que estes clientes necessitam, a prestação de cuidados de enfermagem face a situações imprevisíveis e frequentemente emergentes e ainda o ajuste constante de estratégias face à grande instabilidade hemodinâmica destes doentes, geram uma dinâmica própria no Serviço de Urgência.

Por forma a contextualizar, de acordo com SHEEHY'S (2001:3) *“enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que*

necessitem de outras intervenções. Os cuidados de enfermagem de urgência são episódios primários e, normalmente agudos”.

O serviço de urgência é uma estrutura complexa, a vários níveis. A grande afluência de que se tem verificado, principalmente no último ano, com o encerramento do hospital Y, acarreta para a equipa de enfermagem, sem crescimento do número de elementos, uma enorme preocupação, pois a este fator associa-se o facto de esses doentes padecerem de patologias graves, com necessidade de procedimentos invasivos e morosos, requerendo dos enfermeiros competências técnicas e científicas bem solidificadas. Assim, esta situação pode potenciar a eventual ameaça à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Neste sentido, esta situação estende-se igualmente para o cumprimento de todas as boas práticas. A escolha da temática prende-se por todos estes motivos e ainda com o resultado de uma entrevista não estruturada, à Sra. Enf^a Coordenadora do serviço de urgência, onde me foi sugerida a integração no grupo de trabalho já existente acerca da implementação da CNHM, adaptada em Portugal como *“medidas simples salvam vidas”* no serviço de urgência, uma vez que se trata de uma necessidade do serviço e da instituição.

No sentido de uma compressão mais estruturada desta problemática, consultámos a CCI do hospital X, mais concretamente a Enf^a responsável, que muito cordialmente partilhou algumas informações essenciais, tais como: O hospital X aderiu à presente campanha em Março de 2009, sendo os serviços de ortopedia e medicina os pioneiros. Atualmente, todos os serviços dos hospitais X e Y já aderiram, excluindo o serviço de urgência do hospital X.

É no serviço de urgência que são prestados os cuidados urgentes e emergentes, necessariamente num curto espaço de tempo, podendo, caso não se verifique, por a vida das pessoas em causa. Para que esta realidade seja possível eficazmente é fundamental um corpo de profissionais habilitados, técnica e cientificamente. No entanto, nas situações em que há uma vida em risco é necessário estabelecer prioridades, e por vezes o controlo de infeção durante a prestação de cuidados não é tida em conta perante tais situações adversas. Além das situações de *lifesaving*, a escassez de profissionais e o elevado número de doentes são outros fatores igualmente importantes. Perante os 25 a

30 doentes internados em corredor não existem lavatórios ou frascos de SABA disponíveis para ser possível a higienização das mãos em todos os momentos necessários. Muitas vezes a solução encontrada é a mudança de luvas em cada doente, o que não é suficiente para impedir a infeção cruzada. Importa ainda referir que o número de camas com monitorização não invasiva são apenas 15 (7 de SO e 8 da UIPA), num universo de 250 doentes por dia, muitas vezes a substituição dos doentes por outros nestas camas é uma constante. Num turno de 8 horas, uma cama de SO chega a ter 3 ou 4 doentes.

As CCI são naturalmente, uma peça fundamental num processo de melhoria contínua de qualidade, pelo papel que desempenham na resolução de problemas relacionados com a aquisição de IACS. Nesta perspetiva, os profissionais de saúde deverão tomar consciência desta problemática, seguindo as indicações das CCI de forma a reduzir as más práticas. Como sugere Haley *et al* (1985) citado por Mayhall (2004), a intervenção atempada junto dos profissionais de saúde durante o internamento do doente, com estratégias preventivas e monitorização das infeções, pode reduzir até 30% as infeções hospitalares.

Consideramos de extrema importância referir que este projeto contribuirá seguramente para que esta implementação seja uma realidade. Assim, mediante pedido formal à Sra. Enfª Coordenadora do SUG (APÊNDICE I), foram realizadas 100 observações, num universo de 61 enfermeiros, da prática da higiene das mãos no período de 21 a 30/11/2011 aos enfermeiros do serviço, no sector da UIPA, mediante a grelha de observação já existente, elaborada pela OMS e utilizada pela DGS (ANEXO I) em todas as instituições de saúde portuguesas, uma vez que se trata de uma grelha já testada e validada, contribuindo assim para a fidedignidade dos resultados.

Contextualizando para o PIS, podemos dizer que após as 100 observações, os resultados foram tratados de acordo com as orientações do manual de observador, possibilitando o cálculo da taxa de adesão global dos enfermeiros à prática da higienização das mãos, através das ações positivas e negativas. O cálculo foi efetuado da seguinte forma:

Taxa de adesão (%) = $\frac{\text{Ação de higiene das mãos}}{\text{Oportunidades}} \times 100$



Taxa de adesão (%) = $\frac{41}{100} \times 100 = 41\%$

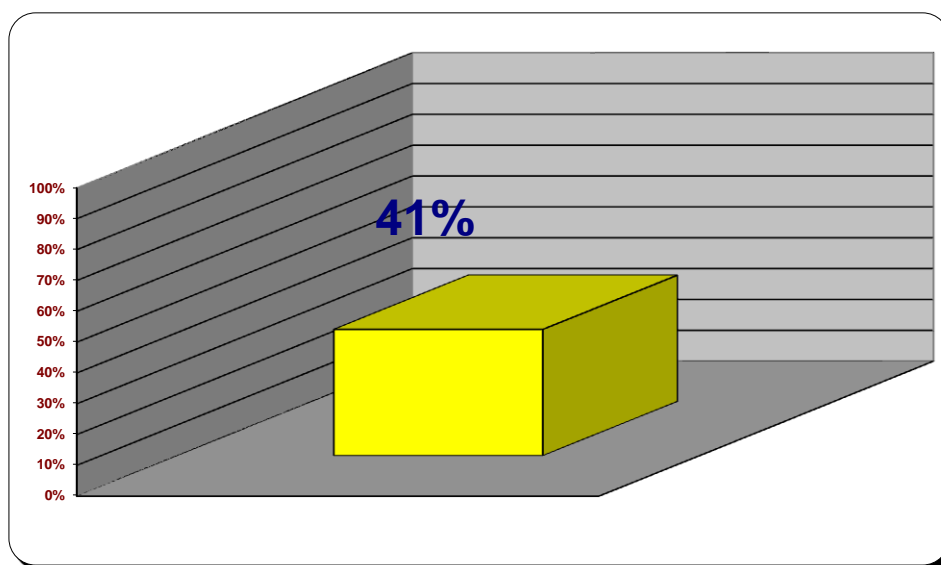


Gráfico 1 – Taxa de adesão dos enfermeiros à prática da higienização das mãos no período de 21 a 30/11/2011 num total de 100 observações

O gráfico anterior apresenta o resultado das observações, mais concretamente, do universo dos enfermeiros observados, apenas 41% higienizou as mãos. Seguidamente, iremos apresentar uma tabela com os resultados de uma forma mais específica, isto é, os resultados da higienização das mãos pelos cinco momentos preconizados na CNHM.

Tabela 1 – Taxa de adesão dos enfermeiros à prática da higienização das mãos nos 5 momentos

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; background-color: #d9ead3;"> <p>Adesão (%) = $\frac{\text{Ação de higiene das mãos}}{\text{Oportunidades}} \times 100$</p> </div>	
<p>1º Momento -Antes do contato com o doente-</p>	<p>Adesão (%)= $\frac{7}{26} \times 100 = 26,9\%$</p>
<p>2º Momento -Antes de procedimentos limpos/asséticos-</p>	<p>Adesão (%)= $\frac{12}{18} \times 100 = 66,6\%$</p>
<p>3º Momento -Após risco de exposição a fluidos orgânicos-</p>	<p>Adesão (%)= $\frac{11}{16} \times 100 = 68,7\%$</p>
<p>4º Momento -Após contato com o doente-</p>	<p>Adesão (%)= $\frac{18}{21} \times 100 = 85,7\%$</p>
<p>5º Momento -Após contato com o ambiente envolvente do doente-</p>	<p>Adesão (%)= $\frac{2}{19} \times 100 = 10,5\%$</p>

Perante os resultados anteriormente apresentados, podemos referir que dos cinco momentos, o 1º e o 5º são os que os enfermeiros higienizaram menos as mãos. Contrariamente ao 2º, 3º e 4º momento em que existe uma adesão mais elevada, com especial relevo ao 4º momento, com 85,7% de adesão. Na nossa perspetiva, consideramos fundamental manter uma intervenção global, porém devemos sensibilizar a equipa de que todos os momentos têm igual importância no combate à transmissão cruzada, e que não basta higienizar as mãos nuns momentos e não nos outros. A transmissão de microrganismos pode acontecer se não higienizarmos as mãos num dos momentos preconizados, pois assim há uma interrupção das medidas preventivas.

De seguida apresentamos os resultados graficamente para uma melhor visualização dos resultados.

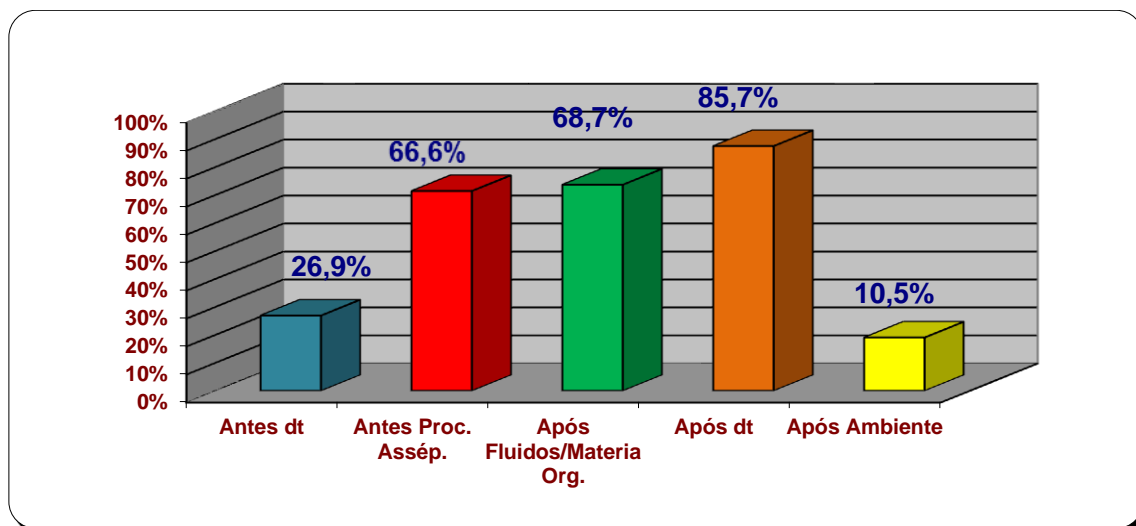


Gráfico 2 - Adesão à prática da higienização das mãos por momentos

Analisando os gráficos resultantes das observações realizadas, de uma forma global, consideramos pertinente referir que o valor apresentado no gráfico 1 se encontra dentro da média nacional, pois segundo o relatório da campanha da higienização das mãos 2008-2010, a taxa de adesão nacional é de 46%, e a média europeia é de 46,2%. No que concerne à Taxa de Adesão do hospital X no ano de 2010, esta foi de ligeiramente superior. Perante a bibliografia consultada, um dos indicadores que efetivam a taxa de adesão é a quantidade de SABA utilizada nos serviços. Segundo os manuais consultados da DGS, este cálculo deve incluir os seguintes pressupostos:

- O nº máximo de oportunidades para higiene das mãos pode variar de 8 por hora por pessoal nas enfermarias até 22 por hora por pessoal nas Unidades de Cuidados Intensivos.
- Quantidade de SABA necessária por cada higiene das mãos em ml é de 2 ml = 0,002 L.
- Ao valor obtido de SABA deve ser adicionado um desperdício de 10%.
- Nº de dias de trabalho por no são aproximadamente 215.
- Turnos de 7 horas de trabalho.

De forma a facilitar os cálculos, vamos calcular a quantidade de SABA apenas para a UIPA. Sendo esta uma unidade um local onde são prestados cuidados complexos, diferenciados e com capacidade para dois doentes ventilados, os cálculos serão efetuados considerando a UIPA como UCI. Assim, calculamos o nº aproximado de enfermeiros:

- Para 24 horas de cuidados dia x 30 dias por mês = 720 horas de cuidados por mês.
- Se cada enfermeiro tiver horário de 35 h semanais, temos um universo de 20 enfermeiros.

Exemplo de cálculo assumindo uma taxa de adesão de 100%:

20 Enfermeiros x 22 oportunidades para higienização das mãos por hora x 7 horas de turno de trabalho por enfermeiro por dia x 215 dias de trabalho por ano x 0,002L de SABA=1324L de SABA ano + 10% de desperdício, temos **1456L ano**. De acordo com as diretivas da OMS/DGS, a adesão completa a 100% das oportunidades de higiene das mãos é irreal, sendo que as campanhas intensivas de longa duração atingiram adesão máxima de 60%.

Sendo assim, segue-se o cálculo com a taxa de adesão verificada nas observações. Para **um valor de adesão de 40%¹** - $1456L \times 0,40 = 873L$ por ano.

No entanto, segundo as informações recolhidas em reuniões com a Sra. Enfª Coordenadora do SUG, no ano de 2011 houve um consumo de 560 frascos de SABA (500 ml), o que corresponde a aproximadamente **280L**. Convertendo este valor, constatamos uma taxa de adesão de 12 %. Obviamente que estes resultados são apenas especulativos, pois a taxa de adesão de 40% foi verificada num período de 9 dias, com apenas 100 observações, não sendo os restantes dias do ano contabilizados.

Na nossa perspetiva, a dicotomia de resultados revela a recetividade e motivação dos enfermeiros perante projetos desta natureza. Os profissionais necessitam de estímulos e oportunidade para mudança de atitudes.

A implementação da CNHM é, a nosso ver, fundamental para sensibilizar os profissionais da necessidade deste procedimento, como forma de adesão às boas práticas e consequentemente à prestação de cuidados com qualidade.

1 – Calculamos a quantidade de SABA com uma taxa de adesão de 40% e não de 41%, com o intuito de simplificar resultados

Durante o estágio na CCI do hospital X, em reunião com a Enfª responsável, pudemos constatar que, os serviços do hospital, globalmente, aumentaram o consumo de SABA após a implementação da campanha em 15 a 20%, havendo consumo ainda maior na altura das observações, em que há um aviso prévio aos profissionais. Seguiu-se o cálculo da adesão por momentos, ou seja, dentro das práticas observadas, foram inumeradas as oportunidades de cada momento, e dessas oportunidades, quantas negativas e positivas. Os resultados foram: para o **1º momento (antes do contacto com o doente)** obtivemos 26 observações, das quais 7 positivas (lavagem das mãos ou fricção com SABA) e 19 negativas (não realização de lavagem ou fricção), para o **2º momento (antes de procedimentos assépticos)**, das 18 observações, 12 são positivas e 6 negativas.

No **3º momento (após risco de exposição a fluidos orgânicos)**, observámos 16 vezes, 11 delas positivas e 5 negativas, no **4º momento (após do contacto com o doente)**, das 21 práticas observadas, 18 higienizaram as mãos e 3 não realizaram o procedimento. Por último no **5º momento (após contacto com o ambiente envolvente do doente)**, obtivemos 19 observações, 2 positivas e 17 negativas.

Como suporte à implementação do projeto, utilizámos a ferramenta diagnóstica FMEA (APÊNDICE II), permitindo assim avaliar o projeto de um modo mais abrangente e nesta situação surge como um instrumento de valor acrescentado, para a deteção das falhas relativamente aos procedimentos relacionados com a higienização das mãos.

A análise FMEA foi aplicada aos 5 momentos do processo de higienização das mãos (acima descritos e apresentados graficamente), definidos de acordo com as orientações da OMS, e implementados nas instituições de saúde portuguesas pela DGS. Foram identificados 2 modos potenciais de falhas, que são aplicáveis aos 5 momentos, assim como os efeitos, as causas e as ações a desenvolver. Quer isto dizer que, a falha de qualquer um dos 5 momentos da higienização das mãos, tem o mesmo efeito, promove o risco de contaminação cruzada e consequentemente o aumento das IACS, requerendo assim ações a desenvolver e a implementar semelhantes.

O valor de RPN da FMEA corresponde ao produto dos índices de Gravidade, Ocorrência e de Deteção (GxOxD). A prioridade em aplicar medidas corretivas deverá incidir primeiramente nas etapas com valor de RPN mais elevado e assim sucessivamente. Fazendo a correspondência entre o resultado das observações e o valor do RPN, podemos

dizer que o 5º momento (após contacto com o ambiente envolvente do doente) foi o que apresenta valor de RPN mais elevado (700) e o valor mais baixo de adesão à higienização das mãos. Contrariamente, mas igualmente em correspondência, o 4º momento (após contacto com o doente) apresenta o valor de RPN mais baixo (120) e consequentemente a adesão mais elevada. Resumidamente, e olhando para os valores de RPN, podemos referir que o momento onde se deve interferir prioritariamente é o 5º, embora todos os momentos sejam de extrema importância.

Tendo em conta a análise, contextualização e interpretação da problemática através das observações realizadas, definimos o seguinte problema: **“Incumprimento da norma da higienização das mãos por parte dos enfermeiros do serviço de urgência do Hospital X”**.

Analisando o referido problema de uma forma mais abrangente, definimos posteriormente três problemas parcelares, que resultam do problema geral dividido em várias vertentes, que se complementam entre si.

Os problemas parcelares são:

- ❖ Formação insuficiente da equipa na área da temática;
- ❖ Divulgação insuficiente do tema;
- ❖ Inexistência de auditorias regulares.

A partir dos problemas anteriormente apresentados, traçámos o seguinte objetivo geral: **Melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes no âmbito do controlo de infeção no serviço de urgência**. Como objetivos específicos, delineamos os seguintes:

- ❖ Dotar os enfermeiros de formação na área da higienização das mãos;
- ❖ Criar instrumento alusivo às boas práticas da higienização das mãos;
- ❖ Implementar o projeto no SUG.

2.2. Planeamento do Projeto

O planeamento é outra etapa da metodologia de projeto e consiste na elaboração de um plano detalhado do projeto. Nesta etapa são definidas as atividades e estratégias a desenvolver de uma forma sequencial, assim como a sua calendarização. A etapa do planeamento é realizada tendo por base os objetivos traçados e permite definir as linhas

de ação, identificar os recursos, identificar possíveis obstáculos e constrangimentos e calendarizar as tarefas (RUIVO *et al*, 2010).

O planeamento do projeto (APÊNDICE III) foi realizado mediante um cronograma previamente concebido (APÊNDICE IV) e ajustado conforme as necessidades. Este instrumento de trabalho foi precioso uma vez que permitiu planear e definir as estratégias e atividades a desenvolver num período de tempo estimado, neste trabalho foi um período de aproximadamente 10 meses. O presente planeamento engloba os objetivos específicos, as atividades e estratégias desenvolvidas para cada um dos objetivos, os recursos necessários e os respetivos indicadores de avaliação. Para uma melhor compreensão, iremos descrever os vários itens atrás mencionados.

Relativamente ao 1º Objetivo – **Dotar os enfermeiros de formação na área da higienização das mãos**, as atividades desenvolvidas/estratégias e respetivos indicadores de avaliação foram:

- Pesquisa bibliográfica fundamentada sobre a temática em bases de dados eletrónicas (B-on, PubMed, Medline, OE), documentos da CCI, site *on-line* da DGS, artigos de revistas científicas, livros e manuais de boas práticas. Como indicadores de avaliação temos o conhecimento aprofundado do PNCI, assim como a estratégia nacional para a HM (campanha OMS/DGS) e a norma da HM do hospital X;
- Participação nas IV Jornadas de Controlo de Infecção da Associação Nacional de Controlo de Infecção no dia 4 de Novembro de 2011 no Hotel Olissipo Oriente no Parque das Nações. O indicador de avaliação desta atividade é a apresentação do certificado de presença (ANEXO II);
- Realização de um estágio opcional na Comissão de Infecção de um hospital privado de Lisboa nos dias 23, 25 e 30 de Novembro de 2011, cujo indicador de avaliação se baseia no relatório de estágio, onde estão descritas todas as atividades desenvolvidas durante este período (APENDICE V);
- Realização de um estágio opcional na Comissão de Infecção do hospital X nos dias 23 e 25 de Janeiro de 2012. O indicador de avaliação desta atividade é a apresentação do certificado de presença (APENDICE VI);

- Realização de uma ação de formação aos enfermeiros do SUG, tendo em conta todas as atividades inerentes a este processo, isto é, a divulgação, o planeamento, a realização e a avaliação da ação de formação. Os indicadores de avaliação da presente atividade são a apresentação do cartaz de divulgação (APENDICE VII), a apresentação do planeamento (APENDICE VIII), a apresentação dos diapositivos apresentados (APÊNDICE IX) e a apresentação dos resultados da ação de formação.

No que concerne ao 2º objetivo – **Criar Instrumento alusivo às boas práticas da higienização das mãos**, seguem-se as atividades/estratégias desenvolvidas e os indicadores de avaliação.

- Pesquisa bibliográfica do tema em foco;
- Elaboração do protótipo, o indicador de avaliação está representada em apêndice neste trabalho (APÊNDICE X).
- Distribuição do protótipo 1 pela orientadora, coorientadora e professora;
- Recolha de sugestões;
- Elaboração do protótipo 2;
- Reunião com a Enfª coordenadora do SUG para apreciação e avaliação do protótipo;
- Reunião com a Enfermeira da CCI para apreciação e avaliação do protótipo;
- Pedido de orçamento a várias gráficas para elaboração do instrumento;
- Solicitação de patrocínio para pagamento do instrumento;
- Apresentação do instrumento à equipa de enfermagem do SUG.

O indicador de avaliação das presentes atividades/estratégias é o instrumento em si, já elaborado, sendo comum a todas elas, estando representado em anexo (ANEXO III).

Comparativamente, o 3º objetivo – **Implementar o projeto no SU**, teve como atividades/estratégias desenvolvidas e indicadores de avaliação, os seguintes:

- Reunião com a Enfª Coordenadora do SUG, no sentido da atribuição do papel de elo de ligação entre o SUG e a CCI;

- Participação como formanda na ação de formação anual acerca da CNHM promovida pela enfermeira responsável da CCI em conjunto com os elos de ligação dos restantes serviços do hospital, com o intuito da divulgação dos resultados do ano transato, bem como as orientações da DGS para o corrente ano.
- Realização de ações de formação aos restantes elementos da equipa de enfermagem que não puderam participar nas ações anteriormente realizadas, em articulação com as enfermeiras responsáveis pela formação do SUG, tendo em conta os aspetos fulcrais, a divulgação, o planeamento e a avaliação. Assim sendo, os indicadores de avaliação desta atividade são a apresentação do cartaz de divulgação (APÊNDICE XI), a apresentação do planeamento (APÊNDICE XII) e a apresentação dos resultados da ação de formação.
- Realização de observações e/ou auditorias à equipa de enfermagem relativas à prática da HM, com recurso à grelha de observação durante o período estabelecido pela DGS.
- Entrega das observações, dentro do prazo estabelecido à enfermeira responsável da CCI, no sentido de serem colocadas na plataforma eletrónica da DGS. O indicador de avaliação é a entrega dos documentos com as observações à enfermeira responsável da CCI em tempo útil.
- Divulgação à equipa de enfermagem dos resultados enviados pela DGS relativamente à taxa de adesão dos enfermeiros à HM do SUG. O indicador de avaliação é a apresentação de um cartaz informativo para consulta na sala de enfermagem.
- Reunião com a Enf^a Coordenadora do SUG, Orientadora e Coorientadora, no sentido de aferir critérios de avaliação do processo implementado. Para esta atividade, o indicador de avaliação será o aumento da taxa de adesão dos enfermeiros à HM para 70%.

2.3. Execução e Avaliação do Projeto

Tendo em conta a abrangência deste trabalho de projeto, consideramos que o processo de execução e avaliação implica a contemplação das vertentes de reflexão e

análise. Esta etapa permite avaliar o percurso efetuado e, se necessário, reformular estratégias tendo em conta os objetivos definidos.

Relativamente ao **1º Objetivo – “Dotar os enfermeiros de formação na área da higienização das mãos”** e de acordo com as estratégias planeadas, iniciámos por realizar uma pesquisa bibliográfica, em bases de dados eletrónicas, entre elas destacam-se a PubMed, Medline e B-on, sites eletrónicos da OE e DGS. Esta pesquisa teve lugar também na biblioteca da escola superior de saúde de setúbal e na biblioteca do hospital X onde pesquisámos artigos de revistas científicas, livros e manuais de boas práticas, centrados nas várias temáticas implícitas no projeto. Esta etapa foi realizada ao longo de 5 meses, o que facilitou o desenvolvimento de todas as atividades preconizadas, tendo sido possível cumprir o tempo estabelecido no cronograma.

Durante o período anteriormente referido, tivemos a oportunidade de participar nas IV Jornadas de Controlo de Infecção da Associação Nacional de Controlo de Infecção, que decorreram no dia 4 de Novembro de 2011, no Hotel Olissipo Oriente, em Lisboa, onde foram abordados vários temas importantes tais como as implicações legais do controlo de infeção, novas abordagens e perspetivas, investigação em controlo de infeção, entre outras. Consideramos a participação nestas jornadas como um momento de aprendizagem, partilha de saberes e experiências e de extrema importância para a obtenção de conhecimentos e aquisição das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, nomeadamente a competência K3 – “maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica (...) necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”. No sentido do cumprimento das atividades planeadas, realizamos estágio na CCI de um Hospital privado de Lisboa, nos dias 21, 25 e 30 de Novembro de 2011 com a Enfª E.F. num total de 24 horas. Durante este período a Enfª E.F. apresentou-nos a instituição de um modo geral, assim como o seu trabalho na CCI. Sendo esta profissional um nome de referência nacional no âmbito de controlo de infeção, consideramos que este estágio foi uma oportunidade para a aquisição e desenvolvimento de competências na área do controlo de infeção.

Ainda dentro do período calendarizado, realizamos estágio da CCI do hospital X, nos dias 23 e 25 de Janeiro de 2012 com a Enfª R.R. e a Enfª T.S. num total de 16 horas. Este

estágio permitiu conhecer os projetos existentes no hospital nas várias vertentes do controlo de infeção, bem como uma aquisição de conhecimentos vocacionados para a higienização das mãos, tal como o processo de implementação da Campanha Nacional “medidas limpas salvam vidas” nos vários serviços.

Fazendo um paralelismo entre os estágios, uma vez que foram realizados nos mesmos serviços, podemos dizer que estes incidiram em aspetos diferentes. Como já referimos, o estágio na CCI do Hospital privado de Lisboa permitiu conhecer projetos nacionais e conhecimentos gerais do controlo de infeção. Por outro lado, no estágio na CCI do hospital X, prevaleceu a temática da higienização das mãos, não descurando os vários projetos existentes no hospital.

A realização de uma ação de formação, foi outra das atividades desenvolvidas neste projeto e foi-nos sugerida pela Enf^a Coordenadora do SUG.

De acordo com MÃO-DE-FERRO (1999), uma ação de formação não pode aparecer numa determinada conjuntura sem que sejam fixadas as suas finalidades, (...). Para atingir essas finalidades, a formação deve produzir efeitos que estejam ligados à atividade presente e futura dos participantes e isso terá necessariamente que passar pela análise das aplicações e necessidades definidas pelos formandos, (...). Ainda de acordo com o mesmo autor, a formação engloba um conjunto de atividades, que são organizadas e desenvolvidas com o objetivo de habilitar as pessoas no desempenho de determinadas profissões, ou seja, proporcionar aos indivíduos, em situação de formação, oportunidades e meios para adquirirem conhecimentos, capacidades práticas e atitudes e comportamentos. Sendo assim, realizámos uma reunião com as enfermeiras responsáveis pela formação, de forma a calendarizar a formação, tendo em conta as datas das outras formações para não sobrecarregar os enfermeiros do serviço. Definimos o planeamento da ação de formação, identificando os conteúdos a expor e realizámos os diapositivos a apresentar à equipa.

Na fase do planeamento *“deverá haver preocupação de considerar os aspetos logísticos, a sala ou local onde vai ocorrer a formação, cadeiras, mesas, data show, bem como os aspetos humanos, isto é, a população alvo a que se destina a formação, por forma a adequar, na fase da preparação da sessão, os conteúdos e a linguagem a ser utilizada. Nesta fase deverão estar definidos a ordem e a estruturação dos assuntos, os*

aspetos a ressaltar, o tempo da sessão e os meios didáticos que vão ser utilizados” (MÃO-DE-FERRO, 1999:192).

Previamente à apresentação, os diapositivos foram entregues à Enfª Coordenadora do SUG, Enfª Orientadora, Enfª Co-Orientadora e Professora da ESS para apreciação e eventuais alterações que se vieram a verificar, ao nível da sequência dos conteúdos a abordar e aspetos mínimos de semântica. Assim, a ação de formação realizou-se nos dias 6 e 7 de Dezembro de 2011 na sala de reuniões do SUG às 14:30 horas, tendo participado 20 enfermeiros no total. Consideramos um bom índice de participação, tendo em conta o elevado número de formações realizadas no SUG nesse período. É de salientar que durante as ações de formações realizadas o método de exposição dos conteúdos utilizado foi predominantemente o método expositivo. O método expositivo pode ser definido como *“aquele em que o formador desenvolve oralmente um assunto, dando todo o conteúdo, estruturando o raciocínio e o resultado”* (MÃO-DE-FERRO, 1999:78).

A avaliação da sessão foi feita pela equipa através de um questionário (ANEXO IV). Esse questionário avalia fundamentalmente os conteúdos abordados, nomeadamente a sua relevância e qualidade de exposição, bem como a prestação do formador. Assim sendo, e para uma melhor compreensão, construímos o seguinte gráfico. Com o intuito de uma correta interpretação, consideramos essencial referir que o eixo vertical se refere ao número de enfermeiros e o eixo horizontal aos critérios de avaliação.

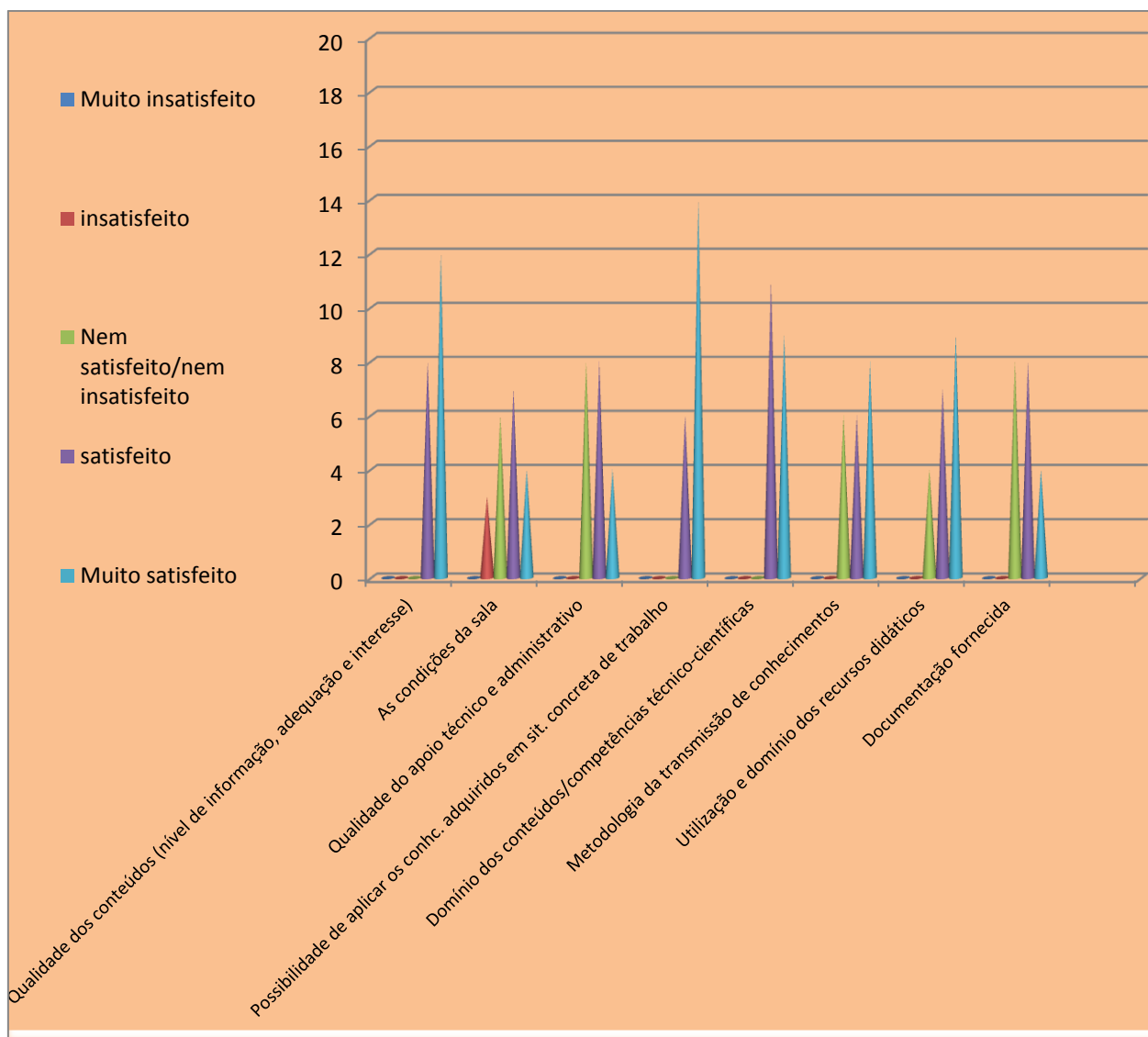


Gráfico 3 – Resultados da avaliação das ações de formação dos dias 6 e 7 de Dezembro de 2011, num total de 20 enfermeiros

Analisando o gráfico acima apresentado, podemos mencionar que dos 20 enfermeiros presentes nas sessões, mais de metade referiu estar satisfeito ou muito satisfeito na maioria dos critérios, com relevância à qualidade dos conteúdos e a possibilidade de aplicar estes conteúdos em situações concretas de trabalho. O critério das condições da sala foi o que apresentou maior número de enfermeiros insatisfeitos ou nem satisfeitos/nem insatisfeitos. Além dos critérios avaliativos das sessões, a equipa mencionou outros aspetos igualmente importantes, tais como a necessidade de colocar mais frascos de SABA em outros locais estratégicos, pois com o crescente número

de doentes internados no corredor, existe atualmente um grande espaço físico sem SABA e lavatório. Outro aspeto abordado foi a extrema importância do projeto.

De um modo global, podemos dizer que durante a exposição dos conteúdos, os enfermeiros demonstraram interesse, com participação ativa na partilha de experiências, esclarecimento de dúvidas e sugestões, onde se inclui as Enf^{as} Orientadora, Coorientadora e Coordenadora do SUG que demonstraram bastante interesse no projeto e nos conteúdos expostos, fornecendo sugestões, com vista à aplicabilidade e operacionalização eficaz do projeto. As ações de formação realizadas tiveram como objetivo a transmissão de conhecimentos à equipa de enfermagem sobre a temática da higienização das mãos (implementação da campanha nacional no SUG), uma vez que se insere nos objetivos do hospital X e faz parte do plano de formação de 2011 do serviço. A sua realização permitiu apresentar o projeto, sendo uma mais-valia para a concretização deste objetivo, que ocorreu em tempo útil como planeado.

No que respeita ao **2º objetivo – “Criar Instrumento alusivo às boas práticas da higienização das mãos”** foi realizado tendo em conta as atividades previamente planeadas. O instrumento escolhido para fazer alusão a este projeto foi um símbolo com pregador (PIN). Pensamos que este instrumento é fácil de usar por todos os enfermeiros na sua farda e é algo visível. Deste modo consideramos que os profissionais ao verem o PIN na farda, se lembrarão da necessidade de higienizar as mãos frequentemente.

Este processo teve início com uma pesquisa na Internet de modo a encontrar *sites* de gráficas. Após esta pesquisa, e alguns contactos telefónicos chegámos à conclusão que a realização de PIN's é algo não muito complicado, desde que com o desenho já elaborado. Para este feito contactámos um *designer*, que após algumas instruções elaborou um protótipo, que foi apresentado à equipa e desde logo aprovado. Posteriormente, contactou-se uma gráfica, que após o orçamento elaborou 4 exemplares. É de referir que a elaboração do protótipo teve o custo de 50 euros e cada PIN teve o custo de 2,5 euros.

De um modo geral, consideramos que este objetivo embora um pouco trabalhoso devido ao desconhecimento da realização de instrumentos desta natureza, foi realizado em tempo útil e que o único constrangimento, a nosso ver, foram os custos financeiros.

Em relação ao **3º objetivo – “Implementar o projeto no SU”**, foi parcialmente concretizado de acordo com as estratégias definidas. A primeira estratégia deste objetivo foi a reunião com a Enfª Coordenadora do SUG no sentido de aferir o papel de elo de ligação entre o SUG e a CCIH. Durante este período foi-nos concedida a participação na formação para formadores da observação da prática da higienização das mãos, que tal como o cronograma indica se realizou no dia 6 de Junho de 2012 pelas 9 horas no auditório do hospital X. Nesta ação de formação estavam presentes as duas enfermeiras responsáveis pela CCIH, enquanto formadoras, e todos os enfermeiros elos de ligação dos vários serviços do centro hospitalar. Entre estes, alguns, estavam pela primeira vez, como é a nossa situação, sendo os restantes elementos assíduos desde o início da implementação da campanha.

A presente ação de formação teve dois grandes objetivos. O primeiro debruçou-se acerca da apresentação da campanha, seguiu-se uma breve explicação acerca do modo como se deve observar os profissionais na prática da higienização das mãos, e por último foram dadas algumas diretrizes acerca das orientações emanadas pela DGS baseadas nos resultados do ano transato. Embora estas matérias não serem novidade pela necessidade anterior de as adquirir para a realização das observações na fase inicial deste projeto, julgamos que esta ação de formação foi de extrema importância, pois adquirimos conhecimentos, consolidámos outros e partilhámos de experiências. Ainda nesta formação, foi reforçada a ideia de que para a implementação da campanha da higienização das mãos ser uma realidade no SUG do hospital X, é necessário proceder à observação dos profissionais, porém, é indispensável a formação de todos os profissionais do SU, o que não foi possível na primeira fase do projeto, em que apenas 20 enfermeiros assistiram à ação de formação, ficando 41 enfermeiros em défice. Perante esta situação, no mês de Junho, mais concretamente nos dias 4 e 5 foi realizada uma ação de formação na sala de reuniões do SUG. Previamente, calendarizou-se a formação, definimos o plano da ação e ajustámos os diapositivos a apresentar. É de mencionar, que os diapositivos apresentados são os que foram elaborados pela OMS e posteriormente adaptados pela DGS, uma vez que são os utilizados pelos restantes serviços (ANEXO V). No final, os enfermeiros avaliaram as sessões, em impresso próprio da instituição. Na ação de

formação de 4 de Junho estiveram presentes 11 enfermeiros e 9 no dia 5, com dados de avaliação similares às anteriores.

Durante a exposição dos conteúdos, os enfermeiros demonstraram interesse, com participação ativa na partilha de experiências, esclarecimento de dúvidas e sugestões, aspetos que na nossa perspetiva irão contribuir muito significativamente para a aplicabilidade e operacionalização eficaz da campanha no serviço.

Após as duas sessões realizadas, não houve oportunidade de realizar mais ações de formação em tempo útil de estágio, tendo ficado agendadas mais sessões para setembro, de modo a formar os 21 enfermeiros em falta.

3. ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA/DOENÇA CRÓNICA E PALIATIVA E CONTEXTUALIZAÇÃO DOS APORTES TEÓRICOS LECCIONADOS

O Enfermeiro especialista é o profissional dotado de um conjunto de competências, que lhe permite prestar cuidados em vários contextos. Estas competências, no respeito pela *leges artis* da carreira de enfermagem, assentam nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que foram aprovadas em assembleia geral de 29 de Maio de 2010. Cada um destes domínios dá origem a competências comuns a todas as áreas de especialidade.

Segundo a OE (2007), o enfermeiro especialista *“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num, determinado domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”*.

O domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** dá origem às competências **A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção**. Na nossa perspetiva, a realização deste projeto foi uma mais-valia muito significativa para o desenvolvimento desta competência, uma vez que contribuiu para um exercício

profissional e ético seguro, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.

Em todo o processo de realização deste projeto foram tidos em conta vários aspetos éticos nas diversas etapas. Na 1ª etapa, durante as observações toda a equipa foi conhecedora da realização deste projeto e da consequente necessidade de realizar observações, nomeadamente, os profissionais sabiam que estavam a ser observados, tendo o aspeto ético do consentimento livre e esclarecido tácito igualmente preservado. Posteriormente na 2ª etapa, no tratamento dos dados obtidos, o respeito pelo sigilo e pelo anonimato das fontes estiveram presentes. Relativamente à 3ª e última etapa, na divulgação dos resultados, mantemos também o anonimato das fontes e das instituições.

Esta competência assenta na avaliação das melhores práticas, atendendo às opções e decisões do doente. No SU, por vezes é difícil ter todos estes aspetos em conta, principalmente quando os doentes estão numa situação clínica incapaz de decidir. Os profissionais mediante estas situações devem demonstrar uma tomada de decisão ética, suportando as decisões em princípios e normas deontológicas. Os aportes lecionados no 1º semestre, na unidade curricular **Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem**, no módulo de **Direito em Enfermagem**, foram muito importantes e pertinentes pois possibilitaram a discussão de várias situações práticas vividas.

No que concerne à competência **A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**, podemos dizer que esta se complementa com a competência anterior. A decisão do doente prevalece, o enfermeiro especialista tem uma responsabilidade acrescida na medida em que para além de ter a responsabilidade de prestar cuidados diferenciados deve sensibilizar a restante equipa para uma prática que respeite os direitos humanos, analisando e interpretando situações específicas de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes. O estágio realizado permitiu desenvolver esta competência devido às inúmeras situações de doentes clinicamente incapazes de decidir, sendo o enfermeiro essencial neste processo, na medida em que promove a proteção dos direitos humanos, bem como o papel de gestor e impulsionador da equipa para práticas de cuidados que assentem na segurança, na privacidade e dignidade das pessoas.

Tendo em conta a responsabilidade profissional na área da atualização contínua, os aportes teóricos lecionados no módulo de **Formação Continua Aplicada à Enfermagem**, vieram abrir novos horizontes, possibilitando uma reflexão crítica na nossa prática diária, contribuindo para a qualidade dos cuidados.

O domínio da **melhoria da qualidade** engloba três competências. A primeira, **B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica**, refere-se à conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional. Na nossa perspetiva, esta competência foi adquirida e desenvolvida em pleno com a realização do PIS, uma vez que a implementação da campanha nacional da higienização das mãos é um projeto institucional na área da qualidade. Com o projeto realizado adquirimos aprendizagens e saberes que são fundamentais ao reconhecimento da melhoria da qualidade como uma necessidade de análise e revisão das práticas, por forma a implementar programas de melhoria continua, o que vai de encontro com a competência **B2 – Concebe, gere e elabora programas de melhoria contínua da qualidade**, uma vez que estes programas assentam num diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação. Nesta última etapa consideramos ainda os indicadores de estrutura, processo e resultado, que são também visíveis neste trabalho.

A competência **B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro**, foi igualmente desenvolvida com a realização deste projeto, uma vez que adquirimos conhecimentos não só de infeção hospitalar e higienização das mãos, mas também da gestão do risco que é imprescindível na prestação de cuidados. Esta competência considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente na gestão do risco. Para a aquisição destas competências, os aportes lecionados no 1º semestre nos módulos **Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem**, com a Profª Susana Ramos e **Estratégias de Melhoria Continua da Qualidade** com a Profª Cândida Ferrito foram fundamentais, pois abordaram temas essenciais e muito pertinentes que em muito contribuíram para a aquisição de conhecimentos nesta área.

Outra das competências comuns é fruto do domínio da gestão dos cuidados, que contém duas competências, a **C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional**, e foca-se na gestão dos cuidados, otimizando a resposta de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Na nossa prática, a delegação de tarefas é uma realidade. No entanto, no SU, estas tarefas muitas vezes não são supervisionadas, o que pode por em causa a qualidade dos cuidados. Este fator deve-se à escassez de profissionais face ao número crescente de doentes. Ao longo dos oito anos de exercício profissional no SU, muitas foram as tarefas delegadas, nem sempre supervisionadas, no entanto, com os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas, futuramente será diferente. A otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, assim como a orientação e o supervisionamento das tarefas delegadas, com vista à qualidade dos cuidados será o mais importante a ter em conta. Os aportes lecionados no módulo de **Gestão dos Cuidados de Enfermagem** pela Prof^a Lurdes Martins contribuíram em muito para o desenvolvimento desta competência.

No que respeita à competência **C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados**, podemos referir que, na gestão dos cuidados, há que adequar os recursos humanos e materiais às necessidades reais com vista à qualidade dos cuidados. Na nossa perspetiva, o desenvolvimento e aquisição desta competência é fundamental, principalmente no ambiente de contenção hoje vivido nas unidades de saúde. Há que racionalizar os recursos, evitando o desperdício, mas sempre com o intuito de dar a melhor resposta de cuidados aos doentes.

A realização deste projeto proporcionou esta visão de melhoramento da gestão dos recursos existentes, otimizando-os às necessidades dos cuidados de forma eficiente para promover a qualidade. A adaptação do estilo de liderança e a adequação ao clima organizacional de forma a dar a melhor resposta ao grupo e aos indivíduos foi outro aspeto vivido e trabalhado durante o período de estágio, uma vez que reconhecemos e compreendemos os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática, o que vai beneficiar

os processos de mudança como influência para a introdução de inovações da prática especializada.

Relativamente, ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, mais especificamente à competência **D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade**, consideramos que é fundamental o desenvolvimento de saberes nesta área. O autoconhecimento de Si é essencial às boas práticas, proporciona ao profissional a consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. Esta consciencialização vai proporcionar a gestão das idiossincrasias na construção dos processos de ajuda, o reconhecimento dos seus próprios limites pessoais e consequentemente o reconhecimento e a identificação dos fatores que possam interferir na sua relação com a equipa e com os doentes. Os aspetos atrás mencionados foram abordados no módulo da **Formação Contínua Aplicada à Enfermagem** lecionado pela prof^a Lucília Nunes e que muito contribuíram uma aprendizagem nesta área. Consideramos de extrema importância referir que a assertividade é uma condição fulcral para a relação com o Outro, pois possibilita-o de comunicar acerca dos seus sentimentos, emoções e angústias, o que vai certamente contribuir para o sucesso da relação terapêutica. Os aportes teóricos do módulo de **Relação de Ajuda e Aconselhamento**, lecionados pelo Prof. Joaquim Lopes em muito contribuíram para a aquisição de conhecimentos e consciencialização desta necessidade. Pensamos ter demonstrado a aquisição desta competência através da pesquisa realizada para a fundamentação deste trabalho nas várias vertentes.

A competência **D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**, refere-se aos processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e social) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem. Todos os conhecimentos adquiridos, nas várias áreas temáticas, proporcionaram a aquisição de competências fundamentais ao bom funcionamento dos serviços, pois permitem a avaliação das necessidades, atuando como agente dinamizador da formação na área da especialidade, prevendo a formulação e implementação de procedimentos para a prática dos cuidados de enfermagem. Os conhecimentos adquiridos são a chave da prática especializada, assim como da prestação de cuidados diferenciados e complexos.

Aproveitamos para referir que os aportes teóricos lecionados pela prof^a Helena Caria na unidade curricular de **Investigação**, nos módulos de **Métodos de Tratamento de Informação** e **Trabalho de Projeto** foram de extrema importância para a realização deste projeto.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE 2011).

Passamos agora à análise das competências específicas. A primeira competência, **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**, refere-se à complexidade das situações de saúde e às respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, sendo a função do enfermeiro especialista mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. Os módulos de **cuidados de enfermagem ao cliente com falência multiorgânica**, **Intervenções de Enfermagem ao cliente com problemas cardiovasculares**, assim como o módulo de **intervenções de enfermagem ao cliente em situação de urgência** no contexto da área de especialidade foram muito pertinentes e relevantes, pois permitiram adquirir conhecimentos mais aprofundados e específicos, assim como desenvolver competências específicas, com vista à prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Os referidos módulos permitiram ainda o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos. Este aspeto foi percecionado durante o período de estágio, sendo os protocolos mais importantes o da analgesia para controlo da dor, esquema de insulina para os diabéticos, bem como protocolos de atuação em determinadas situações clínicas. Para que esta situação possa ser realidade é necessário sensibilizar a equipa desta necessidade e principalmente alertar os seus benefícios nos cuidados aos doentes.

O módulo de **intervenções de enfermagem ao cliente com Dor**, teve, sem dúvida uma importância maior. No serviço de urgência onde exercemos funções não existem

protocolos terapêuticos no combate à dor, todas as situações, dependente da patologia, são identificadas e tratadas por prescrição médica. Quando isto não acontece, o enfermeiro fala com o médico no sentido de uma prescrição para o momento e futuramente em SOS. Esta situação, muitas vezes retarda o tratamento da dor dos doentes, causando o seu sofrimento e angústia. Sendo assim, o presente módulo possibilitou a aquisição de conhecimentos relativos a protocolos terapêuticos existentes e gestão de medidas farmacológicas, assim como medidas não farmacológicas. Para finalizar, julgamos que a Dor, nomeadamente, a criação de protocolos terapêuticos é uma necessidade de qualquer serviço, e no nosso caso, algo a intervir futuramente.

Atualmente o SU do hospital X já dispõe de impressos nos processos dos doentes para avaliar a dor. Esta avaliação é feita através de uma escala, que é selecionada mediante a situação clínica do doente, tal como está previsto na norma da Dor do hospital X. A atuação futura deverá incidir na vertente farmacológica, que a nosso ver é o ponto-chave. Assim, realizar a avaliação da dor utilizando o protocolo terapêutico, podemos monitorizar a dor de uma forma eficaz o que vai proporcionar bem-estar e conforto aos doentes. O SU é o local onde entram diariamente muitas pessoas em situação de doença grave. Estas situações, além de causarem muita ansiedade aos doentes, potenciam perturbações emocionais aos seus familiares, e muitas vezes processos de luto inevitáveis. Perante a gravidade das situações existentes, cabe ao enfermeiro participar na comunicação de más notícias. Para lidar com estas situações de extrema angústia, o enfermeiro deve ser portador de competências que permitam a mobilização de técnicas de comunicação interpessoal e a seleção adequada das habilidades da relação de ajuda, que é a essência dos cuidados de enfermagem. É de referir que no SU, principalmente nos dias de grande afluência, os familiares são muitas vezes esquecidos. Os aportes lecionados no módulo **cuidados de enfermagem ao cliente em situação de crise**, vieram dar uma perspetiva mais estruturada a este tipo de situações. Foram abordados os temas da dificuldade da informação, do *stress* dos profissionais e da família, a relação dos profissionais com o doente e sua família e os efeitos de uma situação de crise na família. Pensamos que todos estes temas, foram de extrema importância, vieram consolidar conhecimentos, promovendo boas práticas na

área da comunicação, promovendo o estabelecimento da relação terapêutica perante o doente/família em situação crítica e ou falência orgânica.

A segunda competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica - **K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação**, deve ser igualmente, um compromisso do enfermeiro especialista e tem como principal objetivo a intervenção na conceção dos planos constitucionais e na liderança da resposta a situações desta natureza, gerir equipas de forma sistematizada perante a existência de inúmeros clientes em situação crítica ou falência orgânica.

O enfermeiro na aquisição de conhecimentos e competências nesta área deve ter uma estreita relação com o gabinete da gestão do risco no sentido da atualização sistemática das novas *guidelines* e assumir o papel de transmissor dessa informação à restante equipa, promovendo espaços de reflexão e formação. No estágio realizado, a área da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima não foi muito trabalhada, no entanto, consideramos de extrema importância a aquisição de competências com vista ao planeamento de respostas concretas perante situações desta índole, assim como a gestão cuidados de enfermagem nestas circunstâncias. Parece-nos inevitável, enquanto enfermeiros especialistas, definir estratégias de atuação em situações de catástrofe, o papel de cada elemento da equipa e os vários tipos de catástrofe que nos permitem ser capazes de planear e sistematizar a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe, gerindo com eficácia os cuidados.

O módulo **seminário de peritos**, onde foi abordado o tema da catástrofe, foi de extrema pertinência na aquisição de competências nesta área, mais concretamente a nível do Plano de Emergência Interno, nomeadamente constituição das equipas de intervenção, de evacuação, apoio médico, apoio técnico, o que permitiu conhecer os planos e os princípios de atuação em situação de catástrofe. Nestas situações como sistematizar as ações a desenvolver em casos de catástrofe ou emergência.

Relativamente à terceira competência – **K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**, podemos referir que foi a área mais desenvolvida, pois foi onde incidiu todo o PIS. Esta competência tem como principal objetivo, que o enfermeiro especialista possa responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção face aos múltiplos contextos de intervenção, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Consideramos que o estágio e o projeto realizado no contexto do controlo de infeção na área da higienização das mãos e respetiva campanha nacional/internacional, permitiu adquirir e desenvolver competências na conceção de um plano de prevenção e controlo da infeção como resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, através do diagnóstico das necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção, do estabelecimento de estratégias proactivas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção no serviço e através dos conhecimentos adquiridos acerca do PNCI e das diretivas das CCI.

A demonstração de conhecimentos específicos na área do controlo de infeção, foi igualmente uma competência desenvolvida, mas não totalmente adquirida pois ainda há muito que aprender nesta área. Ainda assim, o estágio realizado possibilitou que nos tornássemos um elemento de referência no âmbito do controlo de infeção.

Desejamos que este projeto continue a dar frutos, para que futuramente possamos participar no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, sempre com o intuito de sensibilizar a equipa de enfermagem face a este problema, uma vez que com excessiva carga de trabalho, os enfermeiros, regra geral, têm um baixo índice de adesão ao registo e avaliação das medidas de prevenção e controlo implementadas.

Perante o exposto anteriormente, julgamos muito relevante os aportes teóricos lecionados no módulo de **cuidados de enfermagem ao cliente com múltiplos sintomas**, em que a Prof^a Felisbela Barroso abordou temas atuais e problemáticos da área de

prevenção e controlo de infeção que foram discutidos em sala de aula, e que em muito contribuíram para a consolidação de conhecimentos, com vista à consciencialização da prestação de cuidados baseada na evidência.

Tendo em conta o percurso efetuado no âmbito da 1ª Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Cuidados Paliativos (pedido de equivalência em ANEXO VI), não poderíamos deixar de refletir na sua importância na nossa prática diária. Assim sendo, refletimos igualmente sobre a aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem em Pessoa em situação Crónica e Paliativa. Estas competências foram aprovadas por unanimidade em assembleia geral extraordinária de 22 de Outubro de 2011, após proposta apresentada pelo colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica realizada no dia 16 de Julho de 2011.

A área de especialização em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa toma por alvo de intervenção a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida, bem como à sua família, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento.

A doença crónica é um fenómeno abrangente, que inclui doenças prolongadas, frequentemente associadas a uma incapacidade gradual e prolongada que necessitam de uma intervenção multidisciplinar a vários níveis (físico, familiar, social, emocional e psico-espiritual).

A primeira competência desta área de especialidade – **L5 – Cuida das pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida**, tem como principal objetivo, que o enfermeiro identifique as necessidades de intervenção e desse modo, possa implementar estratégias específicas numa avaliação holística, na satisfação das necessidades detetadas.

Os cuidados paliativos definem-se por *“cuidados ativos e interdisciplinares, integrando o controlo de sintomas, o apoio à família e a comunicação adequada. Este tipo de cuidados centra-se nas necessidades (e não nos diagnósticos) deste tipo de doentes e famílias, pelo que, muito para além dos doentes oncológicos, outros grupos há que beneficiam em muito da aplicação dos princípios da palição”* (NETO, 2006:25).

O SU, recebe inúmeros doentes com doenças crónicas, que recorrem ao serviço por agudizações sucessivas, o que permite aos profissionais o conhecimento da própria pessoa, assim como o estadio da doença e os seus familiares. Esta intervenção é primordial pois permite o estabelecimento de um plano individualizado de cuidados.

As sucessivas recorrências ao SU, normalmente terminam em internamento, principalmente nas situações em que o doente está numa situação terminal da sua doença. O papel dos enfermeiros, mediante estas situações deverá ser a identificação em tempo útil das necessidades dos doentes em complemento com a restante equipa multidisciplinar e atuar em conformidade. Esta atuação assenta, numa fase inicial no controlo dos sintomas, através da adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas, posteriormente aquando da estabilidade do doente, no suporte psicológico, emocional e espiritual, tendo como interveniente o estabelecimento de uma relação terapêutica como suporte destes cuidados, preservando assim a dignidade e diminuindo o sofrimento.

Todas as medidas citadas são e devem ser aplicadas a estes doentes em todos os contextos de internamento, não sendo o SU uma exceção. Perante as adversidades existentes diariamente num SU, tais como o elevado número de doentes e o número reduzido de profissionais, podemos dizer que proporcionar as medidas adequadas ao doente em fase terminal não é tarefa fácil. Ainda assim, na nossa realidade, e durante o período de estágio, podemos afirmar que os enfermeiros assumem a importância de uma prestação de cuidados individualizada, promovendo intervenções a doentes com doença crónica e terminal, através de estratégias baseadas na evidência, para o desenvolvimento das capacidades dos doentes e seus familiares. Os enfermeiros envolvem, dentro do que é possível, os cuidadores, no sentido de otimizar resultados na satisfação das necessidades. Como exemplo é a permissão da permanência de um familiar/cuidador junto do doente ou se estes preferirem o horário de visita alargado por períodos. Muitas vezes é necessário a saída destes clientes para o corredor por necessidade de procedimentos invasivos a outros doentes.

Nestas situações, quando possível, os enfermeiros não colocam os doentes no corredor, procurando um local mais reservado, com possibilidade de vigilância, com

vista a preservar a sua privacidade, e poder proporcionar mais conforto e disponibilidade para comunicar.

Os enfermeiros não devem esquecer que comunicar adequadamente com o doente terminal e sua família é um agente terapêutico poderoso, um ansiolítico eficaz e um antidepressivo potente.

No que concerne à competência **L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte**, esta tem como principal objetivo otimizar resultados dos cuidados prestados a indivíduos com doença crónica terminal, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação que vai além das tarefas de cuidar.

Esta relação terapêutica deve ser facilitada por limites mutuamente acordados, é passível de ser desenvolvida em curtos espaços de tempo. Assim como adaptável a diversos contextos.

A filosofia dos cuidados paliativos tem vindo a ser desenvolvida e é hoje perspetivada como um direito humano, sendo a sua viabilização aplicada pelas áreas do controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. A doença terminal tem normalmente associados um conjunto de problemas não só físicos, mas também de outra índole – o sofrimento. Como refere NETO (2006), o sofrimento não é um sintoma nem um diagnóstico, mas uma experiência humana muito complexa.

No SU, tal como já foi referido anteriormente, nem sempre existem as melhores condições para acolher estes doentes nesta fase tão delicada da vida. No entanto, nem sempre as condições físicas são o principal. A atitude dos profissionais é, a nosso ver o essencial. O estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente e sua família/cuidadores, baseada na confiança e respeito mútuo surge como pedra basilar no atendimento ao cliente paliativo. Promover esta relação terapêutica implica a utilização de ferramentas de comunicação adequadas de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista e o ajuste de expectativas. No SU, os enfermeiros, apesar do tempo, muitas vezes restrito, adotam uma atitude de fazer valer os fatores de cuidado, que fomentem no doente e família/cuidadores, estratégias de adaptação à doença, tais como promover a fé e a esperança, desenvolver a sensibilidade para consigo e para com o

doente, promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos e estabelecer uma relação de ajuda e de confiança, respeitando assim, a singularidade e autonomia individual. No SU, pela gravidade de sintomas apresentados pelos doentes em fase terminal, existe uma grande taxa de mortalidade, devendo os enfermeiros, enquanto profissionais do cuidar, desenvolver estratégias para ajudar os familiares a superar o processo de morte e luto.

Todos os aportes teóricos lecionados na Pós- Graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica em complemento com os aportes lecionados atualmente, foram de extrema importância, na realização deste relatório, pois permitiu relembrar conceitos, reavivar perspectivas, tendo sido uma oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento de competências.

4. REFLEXÃO DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A reconhecida evolução da Enfermagem em Portugal, mais do que um legado a preservar, é uma referência que se constitui igualmente como um desafio ao desenvolvimento, no seio das profissões e das ciências da saúde, visando garantir o seu imprescindível contributo para a saúde da população. Tem sido neste quadro que a Ordem dos Enfermeiros, no âmbito das suas atribuições, se tem pronunciado sobre as reformas em curso na Saúde e no Ensino Superior, e suas implicações para os Cidadãos e a Enfermagem (OE, 2008).

As alterações à Lei de Bases do Sistema Educativo e as medidas tendentes à criação do Espaço Europeu de Ensino Superior confrontaram o país com o desafio e a necessidade de promover a qualificação dos portugueses, tornando-os mais preparados para as atuais exigências científicas, técnicas, culturais e éticas das diferentes áreas científicas e profissionais (OE, 2008).

A OE, no âmbito das suas atribuições tem vindo desde 2004 a explicitar a sua posição relativamente à aplicação do Processo de Bolonha em Portugal.

Em 2005 no âmbito da Assembleia-geral de 18 de Março é aprovada uma recomendação que conduziu a uma nova divulgação da posição da OE, em 24 de Março. Nessa data surge o enquadramento de regime jurídico dos graus e diplomas do ensino

superior, tendo sido publicado o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, Artigo 20º, onde está explicitada a estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre. Neste contexto a escola superior de saúde do IPS elabora o perfil de competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica. Segue-se a sua análise.

Relativamente à **1ª competência – “demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem”**, podemos referir que o presente curso de mestrado proporcionou um longo processo de aprendizagem, muitos foram os saberes adquiridos e desenvolvidos, aplicados à prática nas suas várias vertentes. Enquanto profissionais é imprescindível que procuremos enfrentar os complexos desafios que se colocam na atualidade, a nível pessoal, institucional, cultural e social. As abordagens que incluímos neste trabalho procuram obter uma reflexão nas dimensões referidas, contribuindo para uma compreensão da genuína arte e ciência que a enfermagem acarreta.

A nível pessoal, os cuidados de enfermagem devem assentar num molde ético inquestionável e inviolável, pois a enfermagem fundamenta a sua prática num agir tendo em vista o melhor bem para o a pessoa cuidada, respeitando os direitos humanos nas relações interpessoais que estabelece.

Identificar a prática de cuidados e do cuidar em enfermagem desde a origem da humanidade até aos nossos dias revela-se importante, pois como nos refere WATSON (2002, p.52) *“o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”*. A moral diz respeito aos deveres profissionais, incluídos normalmente num Código Deontológico. A ética em saúde caracteriza-se essencialmente pela qualidade de cuidados prestados no dia-a-dia, com o sentido de ajuda e de cuidado. A ética e os princípios éticos terão de estar presentes em todos os cuidados prestados, com um objetivo: respeitar a integridade de cada ser humano. Isto torna-se ainda mais relevante porque o contacto pessoa a pessoa é inevitável.

A nível institucional, os padrões de qualidade surgem como uma necessidade imperativa, pois para a OE (2001:5) *“(…) as instituições de saúde existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos. Assim, as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade”*. Os enfermeiros devem promover um processo de reflexão acerca do seu exercício profissional, conducente à melhoria contínua dos cuidados prestados à população. Assim sendo, reúnem as condições para realizar avaliações aos indivíduos e suas famílias em situações complexas, através da gestão dos problemas e condições de saúde, com uma tomada de decisão segura e fundamentada.

Continuando nesta base de reflexão, surge-nos um outro aspeto muito importante que é a supervisão clínica. A supervisão em enfermagem é um instrumento imprescindível para o acompanhamento, avaliação e educação dos enfermeiros em prol de cuidados de enfermagem de excelência. Em Portugal, o conceito foi trabalhado por ABREU (2007), verificando-se a sua ligação ao processo de ensino-aprendizagem de Enfermagem, nomeadamente em ambientes de ensino clínico.

Segundo ABREU (2007), Supervisão Clínica é *“um processo que tem como objetivo a apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afetivas e relacionais), pelo estudante e pelo supervisor, no sentido da reflexão sobre as decisões tomadas e os atos praticados”*.

O cuidado em enfermagem materializa-se em atos (ou omissões) que resultam de decisões com fundamentos de diversa natureza. Quer na procura dos princípios científicos ou das normas técnicas que justifiquem as opções, quer na identificação dos fundamentos éticos, deontológicos ou jurídicos que legitimam as escolhas, a reflexão sobre o realizado, revela-se essencial. Não poderíamos deixar de mencionar que o módulo de **Supervisão de Cuidados**, lecionado pelos Profs. Alice Ruivo, Lurdes Martins e Sérgio Deodato foi crucial para a aquisição de conhecimentos nesta área temática, possibilitando o desenvolvimento de um olhar retrospectivo na tomada de decisão e modo a detetar possíveis falhas e consequente mudança de estratégia, garantindo deste modo, a fidedignidade e validação dos processos de intervenção.

O trabalho realizado em grupo e posteriormente apresentado em sala de aula (APENDICE XIII), foi igualmente um aspeto elementar na aquisição de saberes no que se refere ao diagnóstico e gestão de problemas e consequente prescrição de intervenções de enfermagem geral e especializada aos cidadãos, uma vez que do enfermeiro especialista se esperará um desempenho adequado na supervisão de cuidados, analisando com regularidade a praxis para minimizar o risco de complicações e promover práticas seguras e a melhoria contínua da qualidade. Segundo THOMPSON (2004: 100) *“o cuidar competente e eficaz é uma exigência moral do princípio da beneficência para proteger o doente da incompetência e da negligência, e isso só é possível através de uma educação e formação corretas, e da investigação científica para validar a prática profissional.”*

Os conhecimentos adquiridos foram aplicados no âmbito do estágio, nomeadamente na prestação direta de cuidados e no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como no desenvolvimento da 1ª competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Relativamente à **2ª competência – “realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas”**. Na nossa perspetiva, esta competência está presente em todo o processo de realização deste projeto, na medida em que desenvolvemos aprendizagens, saberes e conhecimento.

A conceção do presente projeto, baseada nos conhecimentos adquiridos permitiu o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre as práticas, o estímulo para aquisição de novos saberes, a promoção do desenvolvimento de projetos inovadores que respondam às necessidades dos serviços e dos profissionais. Estes conhecimentos foram fundamentais para a realização deste projeto, pois permitiu a mobilização de vários saberes e competências.

Todo este desenvolvimento foi feito através de um processo formativo que se iniciou na pós-graduação e se cimentou neste curso de mestrado e que se pretende continuar a desenvolver. Esta competência agrega todas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista já abordadas anteriormente.

Tal como refere a commission of the european communities (2000:3), *“a aprendizagem ao longo da vida não é apenas mais um dos aspetos da educação e da aprendizagem; ela deve tornar-se o princípio diretor que garante a todos o acesso às ofertas de educação e de formação, numa grande variedade de contextos de aprendizagem”*.

A **3ª competência – “íntegra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”**, refere-se à necessidade de aplicar os conhecimentos adquiridos na resolução de problemas em contextos alargados multidisciplinares. O contexto profissional onde nos inserimos é o serviço de urgência, onde recorrem diariamente centenas de pessoas. É nele que se prestam cuidados de primeira necessidade, num curto espaço de tempo, sendo primordial identificar os casos graves e estabelecer prioridades por entre os cuidados a prestar a uma população alvo com necessidades de saúde muito heterogénea. Desde pessoas gravemente doentes ou sinistrados de grandes eventos traumáticos até aqueles, que por qualquer motivo, não têm para onde ir, servindo concomitantemente como centro de abrigo para os mesmos. Dada esta complexidade, os Enfermeiros que exercem funções neste domínio devem possuir um conjunto específico e extraordinário de saberes, de forma a desenvolver a capacidade de compreensão e de resolução de problemas, de modo a alcançar a excelência dos cuidados. Pensamos que desenvolvemos esta competência através da realização do PIS, pois projetos desta natureza só se conseguem concretizar com o envolvimento em equipas profissionais e multidisciplinares mediante o princípio da complementaridade das profissões.

Como especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, baseada nas competências que lhe confere, outra das funções do enfermeiro é a supervisão clínica, como já vimos anteriormente. O enfermeiro surge então como agente do saber e facilitador na aquisição de conhecimentos dentro da equipa multidisciplinar, permitindo que este aja na defesa do doente e da família com o intuito de prestar cuidados de qualidade. O conceito de Supervisão clínica tem sido alvo das mais diferentes definições por parte dos autores que têm desenvolvido trabalhos nesta área. Embora diferentes, todas se complementam. Destacaremos o conceito proposto por ALARCÃO & TAVARES (1997:197), que definem supervisão clínica como: *“Processo em que uma pessoa*

experiente e bem informada, orienta o aluno no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação”.

Durante todo o período de realização do projeto, estabelecemos uma estreita relação com as enfermeiras da CCIH, com o propósito do estabelecimento de estratégias de implementação da campanha da higienização das mãos (ainda em curso), o que possibilitou um trabalho conjunto de colaboração, posteriormente apresentado à equipa de enfermagem. Esta exposição valeu-nos o papel de esclarecedor de dúvidas e de elo de ligação à CCIH. Este trabalho de parceria traduz-se em ganhos de saúde global para a comunidade em geral.

No que respeita à **4ª competência – “age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos”**, esta competência refere-se à seleção dos meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema de forma fundamentada. Fazendo a analogia com o projeto realizado, consideramos que os meios e as estratégias utilizados foram os adequados e preconizados, tendo em conta as metas a atingir. Mais concretamente, o grande objetivo deste projeto é a sensibilização dos profissionais para uma problemática em constante crescimento. A mudança de atitude e a implementação de práticas seguras irão certamente travar o fenómeno do aumento das IACS. É nesta perspetiva que avaliamos os ganhos em saúde para os cidadãos, pois só com estas medidas poderemos prestar cuidados de qualidade, sem colocar em risco as pessoas que estão ao nosso cuidado.

A **5ª competência – “inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”**, faz alusão à necessidade da evidência como base da fundamentação de qualquer projeto, pois sem ela não haveria justificação para a mudança. Não podemos expor um problema e pedir aos profissionais de saúde uma mudança de atitude, se não tivermos provas concretas dessa necessidade. Há-que pesquisar e perceber as razões do problema. Com a realização do PIS, pensamos ter desenvolvido esta competência através do diagnóstico, com a realização de observações mediante a grelha de observação, assim como o planeamento e execução das atividades.

As formas de acesso à evidência científica, no âmbito da Enfermagem, atualmente, são múltiplas e diversificadas. Não obstante este facto, de forma a facultar e facilitar o acesso a informação credível e atual, requer-se que os enfermeiros sejam capazes de utilizar facilmente os recursos que têm ao seu dispor. Na nossa situação em concreto, a base científica que fundamentou este projeto foi o acesso a bases de dados de informação científica, livros e revistas científicas. Pensamos que através destas, os enfermeiros terão ao seu dispor informação científica atualizada para apoio às suas decisões nos atos de cuidar. Assim, consideramos que a realização do projeto e também o artigo proposto pela equipa docente (APENDICE XIV) contribuiu muito significativamente para a aquisição e desenvolvimento da presente competência.

Por último, a **6ª competência – “realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em Enfermagem em Particular”**, comparativamente às competências anteriores, consideramos importante referir que para este projeto, a análise diagnóstica, o planeamento, a intervenção e avaliação foram essenciais à sua concretização. Embora sejam etapas diferentes, todas elas se complementam e são fulcrais para o resultado final. No entanto, para este resultado dar frutos é fundamental divulgar os resultados à equipa. Na presente situação, a divulgação dos resultados foi realizada através de ações de formação aos enfermeiros do SUG, com o intuito da divulgação da importância do problema das IACS e da implementação da campanha “medidas simples salvam vidas”. As ações de formação realizadas englobaram várias etapas de acordo com os princípios de António Mão-de-Ferro, sendo elas a divulgação, o planeamento, realização e a avaliação. A escolha incidiu neste autor, pois segundo a bibliografia pesquisada, este assume a formação como *“a capacitação dos adultos, dentro de uma perspetiva de mudança, de forma a permitir a realização e o desenvolvimento dos indivíduos e das respetivas potencialidades, garantindo um papel ativo no desenvolvimento socioeconómico e cultural”*. Durante a realização do PIS, integrámos as diretrizes nacionais e internacionais ao nível das políticas de saúde, pois como já dissemos, a referida campanha foi adaptada pela DGS em 2008, tendo como base a campanha original da OMS. Estas entidades têm

como principal preocupação a gestão do risco e a segurança do doente. Em 2009, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo divulgou um estudo, em que a cada 100 internamentos, 10 deles tinham complicações devido a erros. Neste contexto, prevê-se que a gestão do risco e a segurança do doente será um dos principais desafios dos profissionais de saúde nas próximas décadas, sendo que esta problemática assumirá uma prioridade incontornável em todas as áreas da prestação de cuidados, constituindo-se como referenciais à qualidade em saúde. Julgamos que este projeto é uma mais-valia, a sua implementação irá permitir que os profissionais prestem cuidados com mais qualidade e rigor no serviço de urgência do hospital X. Em Portugal, embora a DGS já tenha definido um programa de segurança do doente e gestão do risco, onde se engloba o controlo de infeção, ainda há um longo caminho a percorrer. Cuidar de pessoas com qualidade requer tempo e dedicação, o que não se consegue de todo, com a sobrelotação dos serviços associado ao número reduzido de profissionais, realidade ainda existente na maioria das instituições de saúde. As organizações e os profissionais devem esforçar-se para se familiarizarem com esta realidade. Existem inúmeras oportunidades, que ao serem adotadas pelas equipas de saúde desenharão dinâmicas que tornarão os cuidados de saúde mais seguros, no entanto são necessárias dotações de profissionais adequadas, e não aquelas que ainda existem atualmente.

5. CONCLUSÃO

Em síntese, este relatório surge do cruzamento de dois caminhos. O primeiro começou em 2007 com a pós-graduação em cuidados paliativos. Os cuidados paliativos sempre foi uma área do nosso interesse, e por isso consideramos valiosa esta formação, pois permitiu adquirir conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados aos doentes numa etapa de vida em que a morte se aproxima. Por outro lado, a enfermagem médico-cirúrgica, surge em 2011 no curso de mestrado. Sendo estas duas áreas tão abrangentes e transversais, consideramos que se complementam.

Podemos referir, que todo o percurso realizado, que se iniciou com o estágio e se desenvolveu com a realização do PIS, foi uma oportunidade única de aprendizagem, de desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito da área de especialidade em enfermagem em pessoa em situação crítica. Permitiu um crescimento pessoal e profissional, testemunhados por toda a equipa através da adoção de comportamentos fundamentados.

O presente trabalho foi realizado tendo como base Katharine Kolcaba e a sua Teoria do Conforto. Consideramos que este modelo teórico se identifica com as áreas temáticas abordadas. Ao analisar este modelo teórico, consideramos que se identifica na nossa prática diária e que responde às nossas necessidades enquanto profissionais do cuidar.

Seguidamente ao modelo teórico, surge a fundamentação teórica, onde é explícita a pesquisa bibliográfica efetuada, que serviu como base deste trabalho. A descrição do PIS, na nossa perspetiva é fundamental, pois justifica a pertinência da temática a abordar, bem como os objetivos a atingir.

O planeamento foca as atividades previstas com vista à resolução do problema identificado, baseadas nos objetivos propostos. É de referir que todos os objetivos foram cumpridos, exceto o último que foi cumprido parcialmente.

Seguiu-se a análise e reflexão das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica/doença crónica e paliativa. Julgamos essencial esta reflexão, pois permite repensar o nosso papel nos serviços onde exercemos funções. A realização deste projeto permitiu a aquisição das competências comuns, na medida em que refletimos acerca dos aspetos éticos na prestação de

cuidados aos doentes, aprofundamos conhecimentos essenciais à prestação de cuidados complexos no âmbito da especialidade, adquirimos conhecimentos na área da qualidade e também a nível da gestão de recursos humanos e materiais.

Comparativamente, as competências específicas também foram desenvolvidas e aprofundadas. Adquirimos um corpo de conhecimentos sólidos com vista à qualidade dos cuidados prestados aos doentes em situação crítica e falência multiorgânica, apontando para uma prática assente em competências técnicas, científicas e humanas que auferem ao enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica a sublime capacidade de cuidar da pessoa em estado crítico com toda a diferenciação que a técnica permite mas nunca esquecendo a singularidade e particularidade de cada indivíduo. É esta dualidade, que diferencia o cuidar do enfermeiro especialista, que portador de um conhecimento aprofundado na sua área de ação terá de ser capaz de aliá-lo à vertente humana do cuidar, promovendo junto do doente e família a autonomia, a autodeterminação, as informações pertinentes e o apoio adequado e atempado que lhes permitam tomar as suas próprias decisões, garantindo um cuidar holístico que promova a dignidade e integridade de cada doente enquanto Pessoa.

O último ponto surge com as competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica, que ao analisarmos, andam em paralelo com as competências específicas do enfermeiro especialista, uma vez que se complementam.

No que concerne aos objetivos propostos com a realização deste relatório, consideramos que os atingimos na sua plenitude.

Pensamos ter conseguido transmitir a toda a equipa de enfermagem a importância do enfermeiro especialista, como um elemento chave na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, baseados em conhecimentos atualizados e com base na evidência.

Este estágio realizado no âmbito da especialidade permitiu incentivar e dinamizar a equipa a participar no nosso projeto com o objetivo maior da mudança de atitudes e a perceção de novas perspetivas. Enquanto período privilegiado de aprendizagem, promoveu o olhar crítico associado a um processo contínuo de análise e autoaprendizagem só possível agregado ao papel de aluno, num contexto de cuidados onde o tempo é escasso para permitir a reflexão na ação e fazer deste exercício um

instrumento na melhoria dos cuidados prestados ao doente crítico. O período de estágio permitiu-nos sentir o papel do enfermeiro especialista como alguém a quem se reconhecem competências técnicas, científicas e humanas com plena capacidade de cuidar da pessoa em estado crítico com toda a diferenciação que a técnica permite mas nunca esquecendo a singularidade e particularidade de cada indivíduo. Perante esta dualidade, o enfermeiro especialista assume um papel fundamental nas equipas, que portador de um corpo de conhecimentos na sua área de ação terá de ser capaz de alicerçar-lo à vertente humana do cuidar, promovendo junto do doente e família a autonomia, a autodeterminação, as informações pertinentes e o apoio adequado e atempado que lhes permitam tomar as suas próprias decisões, garantindo um cuidar holístico que promova a dignidade e integridade de cada doente enquanto Pessoa.

Existiram tempos em que não foi fácil desenvolver este percurso. Surgiram algumas dificuldades e constrangimentos, tais como a incerteza, o desconhecimento relativo à realização de trabalhos deste âmbito e o cansaço das inúmeras atividades a realizar. Estes aspetos trouxeram sentimentos de angústia, que após momentos de reflexão se transformaram em oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional na tentativa de os ultrapassar, desenvolvendo deste modo a capacidade de gestão, reorganização e estabelecimento de prioridades, que foram, sem dúvida fundamentais para continuar o caminho inicialmente traçado. Como consequência desta aprendizagem surge a aquisição de competências técnicas e científicas na realização de trabalhos desta índole, o que vai possibilitar, futuramente a participação em novos projetos, assim como continuar a desenvolver o PIS, com vista ao desenvolvimento profissional. Certamente que esta aquisição de conhecimentos tão abrangente, nos vai proporcionar o desenvolvimento da capacidade de refletir criticamente, que surge como pilar fundamental na criação de condições indispensáveis à prestação de cuidados de enfermagem fundamentados, diferenciados, aprofundados e dirigidos para a qualidade.

Deste modo pretendemos continuar o desenvolvimento deste projeto através da implementação da campanha “medidas simples salvam vidas” no SU do hospital X. Desejamos continuar as observações para entrega a 30 de Dezembro de 2012.

Ambicionamos que este trabalho seja o ponto de partida para desenvolver conhecimentos e competências, utilizando modelos de referência para esta atuação, relacionando as considerações éticas e deontológicas, de forma a promover a melhoria dos cuidados de enfermagem, a autoavaliação, as capacidades analíticas e reflexivas, desenvolvidas através de um processo contínuo de melhoria da qualidade, com base na evidência científica recente, promotora da qualidade e segurança dos doentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Correia de – *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formasau, 2007. 295p. ISBN 978-972-8485-87-0
- ABREU, Wilson Correia de – *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias para a Excelência em Saúde?* Coimbra, Portugal: Formasau. 2003. ISBN 972-8485-35-2.
- ADAM, Evelyn; *Ser Enfermeira*. Lisboa; Instituto Piaget; ISBN 972-9295-86-7
- ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José – *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ªed. Coimbra: Edições Almedina, 2003. ISBN 978-972-40-1852-2.
- ANDRÉ, Orlando; ROSA, Daniel – *Qualidade dos cuidados de saúde – satisfação dos utentes* in *Enfermagem Oncológica*, Ano 1, n.º3, Julho 1997.
- Apontamentos das aulas lecionadas na Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Vertente Cuidados Paliativos. Ano letivo 2007/2008
- Apontamentos das aulas lecionadas no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ano letivo 2011/2012
- BATISTA, António – *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação de Projetos*. 1ª Edição. Cascais: Principia, 2006. ISBN 972-8818-58-0.
- BENNER, Patrícia – *De iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. 2001, Coimbra. Edição Comemorativa,. ISBN 972-8535-97-X
- CAMACHO, M. - *Stress e burnout em urgência*. 1997, Lisboa: Servir. ISBN 0871-2370.
- COLLIÈRE, Marie Françoise – *Promover a vida*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999
- Dicionário de Língua Portuguesa, Porto Editora, 2012, ISBN 978-972-0-01705-5
- Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: Edição OE
- GEORGE, Júlia – *TEORIAS DE ENFERMAGEM – os fundamentos à Prática Profissional*, 2000, Porto Alegre, 4ª Edição, ArtMed Editora
- FORTIN, Marie - *O Processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 1999, 1ª Edição. ISBN 972 8383 10

- HESBEEN, W. - *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspetiva de Cuidar*, Loures: Lusociência. (2000). - ISBN 978-972-8383-11-4.
- LAZURE H. *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta; 1994
- KEROUAC, S. – *La pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Laval (Québec): Editions Vivants, 1994.
- KOLCABA, K.Y. – *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: 2002, Springer
- MÃO-DE-FERRO, António – *Na Rota da Pedagogia*, Lisboa, Edições Colibri, 1999, ISBN 972-772-069-2
- MARTINS, Maria – *Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controlo*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora médica e científica MEDSI, 2001. ISBN: 85-7199-256-8
- MAYHALL, Glen C. – *Hospital Epidemiology and Infection Control*. Third Edition. Philadelphia: Lippincott, 2004. ISBN 0-7817-4258-7
- NETO, Isabel Galriça; BARBOSA, António – *Manual de Cuidados Paliativos*, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006, ISBN 978-972-9349-21-8
- NUNES, Lucília (2003) - *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Lusociência. Loures.
- PRATT, R.J. et al; - *National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England*. Journal of Hospital Infection 2007; 65S, S1-S64.
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enunciados descritivos – Ordem dos Enfermeiros.2001
- PEPLAU, Hildegard; *Relaciones Interpersonales en Enfermería – Un marco de referência conceptual pra la enfermería psicodinâmica*. 1990; Barcelona; Salvat Editores; ISBN 0-333-461-112-6
- PEARSON, A.; VAUGHAN, B. – *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Londres: Heinmann Nursing, 1992.
- Phipps, Wilma; Sands, Judith; Marek, Jane – *Enfermagem Médico- Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição, volume III. Loures, Lusodidacta. 2003. ISBN: 972-8383-65-7.

- PINA, Elaine et al – *Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, e segurança do doente* – Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2010, Vol 10
- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette – *Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud. México: Interamericana Mc. Graw-Hill. 3ª Ed., 1991. I.S.B.N. 968-25-1527-0*
- PONCE, P; TEIXEIRA, J – *Manual de Urgência e Emergência*, 2006, Lisboa, Lidel
- PONTE, João Pedro – *Projetos educativos Matemática ensino secundário*; DES; Lisboa, 1998, pg 229
- RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – *Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. Setúbal. 15: 1 (2010).*
- SARAIVA, Dora - *Reflectir o Cuidar em Enfermagem. Nursing, nº230, 2008, 2008*
- SCHIEFER, Ulrich; BAL-DOBEL, Lucinia;
- SHEEHY, S. - *Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática. Loures: Lusociência, (2001) - ISBN 972-8383-16-9.*
- SORENSEN & LUCKMAN - *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica. 1ª Edição Lisboa: Lusodidacta, 1998.*
- TOMEY, Ann; ALLIGOD, Martha – *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos Teóricos de Enfermagem)*, 2004, Lusociência, 5ª Edição, ISBN 972-8383-74-6
- THOMSON, NC; CHAUDHURI, R; Livingston E. - *Asthma and cigarette smoking. Eur Respir J. 2004; 24(5):822-33.*
- WATSON, J. – *Enfermagem: ciência humana do cuidar, uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência, 2002.*
- Who, World Alliance for Patient Safety, Direcção Geral de Saúde – *Manual para Observadores, Adaptado de “World Alliance for Patient Safety – Clean Care is Safer Care”.* Lisboa. Portugal. 2008.
- WILSON, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica. 2ª Edição. Loures: Lusociência.*

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

- Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar – Disponível em:
www.apdh.pt [2/3/2013]

- Circular Normativa - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde – Disponível em: www.dgs.pt [5/2/2012]
- COSTA, J et al – Serviço de Urgência e Serviço de Atendimento Permanente 2008 – Disponível em: <http://www.nortemedico.pt> [3/3/2013]
- Departamento da Qualidade da Saúde - A Estratégia nacional para a melhoria da higiene das mãos em 10 perguntas – Disponível em: www.dgs.pt [5/2/2012]
- Departamento da Qualidade da Saúde – campanha nacional da higiene das mãos – Relatório 2008/2010 – Disponível em: www.dgs.pt [5/2/2012]
- Departamento da Qualidade da Saúde – Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa amostra de Hospitais Portugueses – Resultados do Estudo piloto – Dezembro 2011 – Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx> [20/2/2013]
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt [8/4/2013]
- GUERRA, Isabel (1994) – Disponível em: <http://WWW.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf> [13/2/2012]
- Inquérito de Prevalência de Infecção 2003 – Disponível em: www.dgs.pt [5/2/2012]
- Inquérito de Prevalência de Infecção 2010 – Disponível em: www.dgs.pt [5/2/2012]
- Manual do Observador – Campanha nacional da higienização das mãos – disponível em: www.dgs.pt [1/2/2012]
- Manual de Operacionalização do Plano nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde – Disponível em www.dgs.pt [7/2/2012]
- Normas de Procedimentos da Comissão de Controlo de Infecção do CHBM, EPE – Disponível em: <http://WWW.chbm.min-saude.pt/> [4/2/2012]
- Ordem dos Enfermeiros - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica – Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/ [20/2/2012]

- Ordem dos Enfermeiros - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa – Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/ [20/2/2012]
- Plano Nacional de Controlo de Infecção – Disponível em: www.pnci.pt [2/2/2012]
- Plano Nacional de Cuidados Paliativos – Disponível em: www.pncp.pt [2/2/2012]
- Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Disponível em: www.dgs.pt [4/4/2013]
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/ [20/2/2012]
- Relatório de Primavera 2011 – Observatório Português dos Sistemas de Saúde – Disponível em: www.observaport.org/rp2011
- RIBEIRO, Olivério *et al* – Qualidade dos Cuidados de Saúde 2010 – Disponível em: [www.ipv.pt/millennium/Millennium 35/7.pdf](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium%2035/7.pdf) [25/3/2013]

APÊNDICES

APÊNDICE I

PEDIDO EFETUADO À SRA. ENF^a. COORDENADORA DO SUG

Exm^a. Sr.^a Enf^a. Coordenadora do Serviço

de Urgência do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Eu, Alice Maria Neutel Figueira, enfermeira, a exercer funções no serviço de urgência geral do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, com o nº mecanográfico 32078, venho por este meio solicitar autorização para utilizar uma grelha para a recolha de dados através de observação, no contexto da realização do Projecto de Intervenção no Serviço, relacionado com a temática da lavagem das mãos, a realizar no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal.

Atenciosamente

Peço deferimento

Barreiro, 3 de Novembro de 2011

Alice Maria Neutel Figueira

*É de interesse planeado
serviço a realização do
diagnóstico de situação
existente na Urgência
em 11/11/11
EF*

APÊNDICE II
FMEA
-FAILURE MODE AND EFFECTS
ANALYSIS-

FMEA (Failure Mode and Effects Analysis)

ETAPAS	G	MODO POTENCIAL DE FALHAS	O	EFEITOS	D	RPN	CAUSAS	ACÇÕES A DESENVOLVER
1-Higienização das mãos antes do contacto com o doente	8	- Não realização da higienização das mãos; - Realização da higienização das mãos de forma incorreta.	6	- Risco de infeção por contaminação cruzada, potenciando a ocorrência de Infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS).	10	480	1.1- Informação insuficiente acerca da higienização das mãos; 1.2- Inexistência de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) em alguns locais estratégicos no serviço de urgência (SU) e unidade do doente; 1.3- Pouca adesão às recomendações acerca dos 5 momentos para higienização das mãos; 1.4- Procedimento negligenciado.	1.1- Sensibilizar a Sra. Enfª. Coordenadora do SU para a importância de manter os stocks de SABA adequados às necessidades do serviço; 1.2- Pedir à Sra. Enfª. Coordenadora que responsabilize o assistente operacional (AO) de circuitos para verificação e reposição de SABA; 1.3- Realizar formação aos enfermeiros acerca da higienização das mãos; 1.4- Colocar cartazes alusivos à higienização das

								<p>1.5- mãos no serviço, em locais estratégicos; Colocar imagens dos 5 momentos da higienização das mãos como plano de fundo do ambiente de trabalho dos computadores do serviço;</p> <p>1.6- Colocar imagens no screensaver dos computadores do serviço.</p>
2- Higienização das mãos antes de procedimentos assépticos	10	- Não realização da higienização das mãos; - Realização da higienização das mãos de forma incorreta.	4	- Risco de infecção por contaminação cruzada, potenciando a ocorrência de Infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS).	5	200	Ver 1.1 a 1.4	Ver 1.1 a 1.6
3- Higienização das mãos após risco de exposição a fluidos orgânicos	8	- Não realização da higienização das mãos; - Realização da higienização das mãos de forma incorreta.	4	- Risco de infecção por contaminação cruzada, potenciando a ocorrência de Infecções associadas aos cuidados de	5	160	Ver 1.1, 1.3 e 1.4 3.2- Inexistência de lavatório e sabão em alguns locais estratégicos e perto da unidade do doente.	3.1- Pedir à Sra. Enfª Coordenadora que responsabilize o AO de circuitos e pessoal da limpeza para verificação e reposição de sabão e toalhetes, bem como os

				saúde (IACS).				níveis de stocks adequados às necessidades do serviço; Ver 1.3 a 1.6
4- Higienização das mãos após contacto com o doente.	8	- Não realização da higienização das mãos; - Realização da higienização das mãos de forma incorreta.	3	- Risco de infeção por contaminação cruzada, potenciando a ocorrência de Infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS).	5	120	Ver 1.1 a 1.4	Ver 1.1 a 1.6
5- Higienização das mãos após contacto com o ambiente envolvente do doente	7	-Não realização da higienização das mãos; - Realização da higienização das mãos de forma incorreta.	10	- Risco de infeção por contaminação cruzada, potenciando a ocorrência de Infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS).	10	700	Ver 1.1 a 1.4	Ver 1.1 a 1.6

G – Gravidade; O – Ocorrência; D – Detecção; RPN – Número de risco prioritário (GxOxD)

APÊNDICE III

-PLANEAMENTO DO PIS-

Planeamento do Projeto

Estudante: Alice Maria Neutel Figueira	Orientador: Enfª Especialista Natércia Rodrigues
Instituição: Centro Hospitalar do Distrito de Setúbal	Serviço: Urgência Geral
Título do Projeto: Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Urgência: A Higienização das Mãos.	
Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, já discutidos com o professor e o orientador): <u>OBJECTIVO GERAL</u> Melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes no âmbito do controlo de infeção no serviço de urgência. <u>OBJECTIVOS Especificos</u> <ul style="list-style-type: none">• Dotar os enfermeiros de formação na área da higienização das mãos;• Criar Instrumento alusivo às boas práticas da higienização das mãos;• Implementar o projeto no SUG.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	

A Intervenção será articulada com a **Enfª Coordenadora do SUG** (Enfª Filomena Sanches), **Professora ESS** (Profª Alice Ruivo), **Orientadora** (Enfª Natércia Rodrigues), **Coorientadora** (Enfª Patrícia Maninha), **CCIH** (Enfª Rosário Rodrigues e Enfª Tatiana Silva), responsáveis pela formação do SUG (Enfª Dolores Pinheiro, Enfª Natália Pereira e Enfª Patrícia Maninha), restantes enfermeiros do SU, outros profissionais e outros serviços).

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1-Dotar os enfermeiros de formação na área da higienização das mãos	➤ Pesquisa de bibliografia fundamentada sobre a temática em bases de dados eletrónicas (B-on; PubMed; Medline; OE), documentos da Comissão de Infecção, site da Direção Geral da Saúde, artigos de revistas científicas, livros e manuais de boas práticas;		Computador, livros, revistas.	20h	. Conhece o PNCI; . Conhece a estratégia nacional para a higienização das mãos (Campanha OMS/DGS).
	➤ Participação nas IV Jornadas de Controlo de Infecção da Associação Nacional de Controlo de Infecção no dia 4 de Novembro de 2011 no Hotel Olissipo Oriente – Parque das Nações.			7h	. Conhece norma da higienização das mãos do Hospital X.
	➤ Estágio Opcional na Comissão de Infecção de um hospital privado de Lisboa, nos dias 23, 25 e 30 de Novembro de 2011.	Enfª. Etelvina Ferreira.	Sala de	24h	. Apresenta certificado de presença das jornadas. . Apresenta relatório de estágio.
	➤ Estágio Opcional na Comissão de Infecção do hospital X nos dias 23 e 25 de Janeiro de 2012.	Enfª. Rosário Rodrigues	Reuniões do SUG.	16h	Apresenta relatório de estágio.
	➤ Divulgação da ação de formação.	Enfª. Natércia Rodrigues,	- Mesas e cadeiras.		. Apresenta cartaz de divulgação da formação.
	➤ Planeamento da ação de formação.	Enfª. Patrícia Maninha,	- Computador e projetor (data show).		. Apresenta o planeamento da sessão.
	➤ Realização de uma ação de formação acerca da temática, em articulação com a enfermeira orientadora, coorientadora e professora, assim como as enfermeiras responsáveis da formação do serviço de urgência geral (SUG):	Profª. Alice Ruivo, Enfª. Dolores Pinheiro e Enfª.		8h	Realiza ação de formação à equipa de enfermagem do

<p>2- Criar Instrumento alusivo às boas práticas da higienização das mãos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de conteúdos a abordar na ação de formação; - Realização do power point; - Execução da ação de formação; - Aplicação de questionário de avaliação da formação; - Avaliação da ação de formação. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesquisa bibliográfica relativa aos temas em foco. ➤ Elaboração do Protótipo. ➤ Distribuição do Protótipo 1 pela Orientadora, Coorientadora e Professora. ➤ Recolha de Sugestões. ➤ Elaboração do Protótipo 2. ➤ Reunião com a Enfª Coordenadora do SUG para apreciação e avaliação do protótipo; ➤ Reunião com a Enfermeira da Comissão de Infecção para apreciação e avaliação do protótipo 	<p>Natália Pereira. Enfª. Natércia Rodrigues, Enfª Patricia Maninha e Profª. Alice Ruivo. Enfª Filomena Sanches. Enfª. Rosário Rodrigues.</p> <p>Enfª Filomena Sanches. Enfª. Rosário Rodrigues. Enfª. Patricia Maninha, Enfª. Dolores Pinheiro e Enfª Natália Pereira</p>	<p>- Folha de registo de presença na sessão.</p> <p>-Questionário de avaliação da sessão.</p> <p>Computador, livros e revistas.</p>	<p>20h no total</p>	<p>SUG.</p> <p>. Apresenta instrumento de avaliação da sessão.</p> <p>. Apresenta resultados da avaliação da formação e sugestões.</p> <p>. Elaboração do protótipo.</p> <p>. Apresenta o instrumento.</p>
---	--	---	--	---------------------	---

<p>3 – Implementar o Projeto no SUG</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pedido de Orçamento a uma gráfica para elaboração do instrumento. ➤ Solicitação de patrocínio para pagamento do instrumento. ➤ Apresentação do instrumento à equipa de enfermagem do SUG. ➤ Reunião com a Enf^a Coordenadora do SUG, afim de atribuição do papel de elo de ligação entre o SUG e a comissão de infeção; ➤ Participação como formanda, na ação de formação anual acerca da higiene das mãos, realizada pela enfermeira da comissão de infeção a todos os elos de ligação de todos os serviços do hospital, segundo as orientações da Direção Geral da Saúde; ➤ Realização de ações de formação aos restantes elementos da equipa de enfermagem que não puderam participar nas ações anteriormente realizadas, em articulação com as enfermeiras responsáveis pela formação do SUG; ➤ Realização de observações e/ou auditorias à equipa de enfermagem relativas à prática da higienização das mãos, com recurso à grelha de observação da OMS/DGS durante o período estabelecido pela DGS; ➤ Entrega das observações, dentro do prazo estabelecido à enfermeira responsável da 		<ul style="list-style-type: none"> - Auditório do Centro Hospital X - Sala de Reuniões SUG. - Computador e projetor (data show). - Mesas e cadeiras. - Folha de registo de 	<p>Duração de aproximadamente 7 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Apresenta cartaz de divulgação da formação. . Apresenta o planeamento da sessão. . Realiza ação de formação à equipa de enfermagem do SUG. . Apresenta instrumento de avaliação da sessão. . Apresenta resultados da avaliação da formação e sugestões. . Apresenta e entrega as grelhas de observação à enfermeira responsável pela comissão de infeção em tempo
---	--	--	---	--	--

	<p>comissão de infeção, a fim de serem colocadas na plataforma eletrónica da DGS.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Divulgação à equipa de enfermagem, dos resultados enviados pela DGS relativamente à taxa de adesão dos enfermeiros à higienização das mãos do SUG.➤ Reunião com Enf^a. Coordenadora do SUG, Orientadora e Coorientadora, no sentido de aferir critérios de avaliação do processo implementado.		<p>presença na sessão.</p> <ul style="list-style-type: none">- Questionário de avaliação da sessão.- Grelha de observação.		<p>útil.</p> <p>Apresenta cartaz informativo ou documento para consulta na sala de enfermagem.</p> <p>. Aumento da taxa de adesão dos enfermeiros à higienização das mãos para 70%.</p>
--	---	--	---	--	---

APÊNDICE IV

CRONOGRAMA DO PIS

Cronograma do PIS		2011					2012					
OBJECTIVO	ACTIVIDADES	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Dotar os enfermeiros de formação na área da higienização das mãos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesquisa de bibliografia fundamentada sobre a temática em bases de dados eletrónicas (B-on; PubMed; Medline; OE), documentos da Comissão de Infecção, site da Direção Geral da Saúde, artigos de revistas científicas, livros e manuais de boas práticas; ➤ Participação nas IV Jornadas de Controlo de Infecção da Associação Nacional de Controlo de Infecção no dia 4 de Novembro de 2011 no Hotel Olissipo Oriente – Parque das Nações; ➤ Estágio Opcional na Comissão de Infecção do Hospital X; ➤ Estágio Opcional na Comissão de Infecção do Hospital Privado de Lisboa; ➤ Divulgação da ação de formação; ➤ Planeamento da ação de formação; ➤ Realização de uma ação de formação acerca da temática, em articulação com a enfermeira orientadora, coorientadora e professora, assim como as enfermeiras responsáveis da formação do serviço de urgência geral (SUG): <ul style="list-style-type: none"> - Definição de conteúdos a abordar na ação de formação; - Realização do power point; 		1-10	15-30								
				4								
				21, 25,30		23-25						
				28	1							
					6-7							

NOTA – O mês de Agosto não foi considerado por ser o período privilegiado de férias

	<ul style="list-style-type: none"> - Execução da ação de formação; - Aplicação de questionário de avaliação da formação; ➤ Avaliação da ação de formação. 												
Criar Instrumento alusivo às boas práticas da higienização das mãos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesquisa bibliográfica relativa aos temas em foco. ➤ Elaboração do Protótipo. ➤ Distribuição do Protótipo 1 pela Orientadora, Coorientadora e Professora. ➤ Recolha de Sugestões. ➤ Elaboração do Protótipo 2. ➤ Reunião com a Enfª Coordenadora do SUG para apreciação e avaliação do protótipo; ➤ Reunião com a Enfermeira da Comissão de Infecção para apreciação e avaliação do protótipo. ➤ Pedido de Orçamento a uma gráfica para elaboração do instrumento. ➤ Solicitação de patrocínio para pagamento do instrumento. ➤ Apresentação do instrumento à equipa de enfermagem do SUG. 							15-31	1-15			1-30	1-30

<p>Implementar Projeto no SUG</p>	<p>o</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reunião com a Enfª Coordenadora do SUG, afim de atribuição do papel de elo de ligação entre o SUG e a comissão de infeção; ➤ Participação como formanda, na ação de formação anual acerca da higiene das mãos, realizada pela enfermeira da comissão de infeção a todos os elos de ligação de todos os serviços do hospital, segundo as orientações da Direção Geral da Saúde; ➤ Realização de ações de formação aos restantes elementos da equipa de enfermagem que não puderam participar nas ações anteriormente realizadas, em articulação com as enfermeiras responsava pela formação Do SUG; ➤ Realização de observações e/ou auditorias à equipa de enfermagem relativas à prática da higienização das mãos, com recurso à grelha de observação da OMS/DGS durante o período estabelecido pela DGS; ➤ Entrega das observações, dentro do prazo estabelecido à enfermeira responsável da comissão de infeção, a fim de serem colocadas na plataforma eletrónica da DGS. 										<p>3</p> <p>6</p> <p>4-5</p>			
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Divulgação à equipa de enfermagem, dos resultados enviados pela DGS relativamente à taxa de adesão dos enfermeiros à higienização das mãos do SUG. ➤ Reunião com Enf^a. Coordenadora do SUG, Orientadora e Coorientadora, no sentido de aferir critérios de avaliação do processo implementado. 											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Orçamento:

Recursos Humanos:

Não se preveem gastos adicionais.

Recursos Materiais:

Não se preveem gastos adicionais.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Previsão dos constrangimentos	Forma de os ultrapassar
A não realização das atividades em tempo útil	Boa gestão do tempo
Necessidade de realizar várias ações de formação devido ao elevado número de enfermeiros do SUG	Divulgar atempadamente as ações de formação. Por forma a aumentar o número de enfermeiros por sessão.
Pouca motivação da equipa de enfermagem do SUG para participar em novos projetos	Conversas informais acerca do tema aos elementos da equipa, pedindo e aceitando sugestões destes, bem como partilhar os objetivos do projeto.

APÊNDICE V

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO –
HOSPITAL PRIVADO DE LISBOA**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica I – 2º Semestre

Relatório de Estágio Opcional

Hospital Privado de Lisboa – Comissão de Controlo de Infecção

Aluno: Alice Maria Neutel Figueira, nº 0100519002

Novembro de 2011

ÍNDICE	Pág.
0. INTRODUÇÃO	3
1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL	4
1.1. Caracterização da Comissão de Controlo de Infecção	5
2. DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	7
3. CONCLUSÃO	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS	



0. INTRODUÇÃO

Por solicitação própria no âmbito da realização do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) realizámos um estágio opcional na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) de um Hospital Privado de Lisboa, que decorreu nos dias 21, 25 e 30 de Novembro de 2011, num total de 24, sob a orientação da Enfª Etelvina Ferreira.

O presente estágio tem como objetivo major o contacto com outras experiências e outros modos de intervir em termos do controlo de infeção hospitalar, visto ser esta a grande área de intervenção do PIS. Pareceu-nos pertinente para além de conhecer os procedimentos efetuados pela CCI do Centro Hospitalar, (estágio efetuado posteriormente), conhecer outras realidades, como contributo à aquisição de conhecimentos. O presente hospital privado, ao ter profissionais de referência a nível nacional no âmbito do controlo de infeção, pareceu-nos uma boa escolha. É de referenciar que a Enfª Etelvina Ferreira para além de colaborar na elaboração do Plano Nacional de Controlo de Infecção e nas normas da DGS, foi enfermeira na CCI do centro hospitalar do distrito de Setúbal até há cerca de 3 anos, conhecendo bem a realidade desta Instituição.

Este relatório encontra-se dividido em três partes. A primeira engloba a caracterização sumária do Hospital e da CCI. Seguidamente apresentamos a descrição das atividades desenvolvidas e por último surge a síntese final.

Com a realização deste relatório, definimos os seguintes objetivos:

-  Descrever as atividades e competências desenvolvidas;
-  Mencionar os contributos deste estágio como forma de enriquecimento do PIS.

1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

O Hospital foi inaugurado em 2008, dispõe de todas as valências médicas e cirúrgicas, tem capacidade para 134 camas, 54 quartos individuais, 40 quartos duplos no internamento normal e na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) 12 camas com 1 box individualizada. É uma infraestrutura moderna, com tecnologia de ponta, em termos de meios complementares de diagnóstico e técnicas cirúrgicas e médicas, tendo capacidade para cerca de 20 mil cirurgias ano.

Esta instituição tem como **visão**:

- ✚ Merecer a preferência dos clientes sendo uma referência na qualidade dos serviços prestados.

Tem como **missão**:

- ✚ Proporcionar bem-estar através de um serviço de elevada qualidade, de acordo com as melhores práticas na prestação de cuidados de saúde obtendo a confiança e o compromisso dos clientes, colaboradores e parceiros, criando valor para os acionistas.

Os seus **valores** são:

- ✚ Compromisso (para com os clientes, oferecendo um serviço humanizado);
- ✚ Cultura (fomentando o trabalho em equipa, a responsabilidade individual, a iniciativa e a inovação);
- ✚ Paixão e impulso para a melhoria contínua (colocando paixão, inovação e criatividade nas ações desenvolvidas);
- ✚ Valorização das pessoas e com as pessoas (apostar no desenvolvimento pessoal e profissional);
- ✚ Performance (alcançar de uma forma continuada os melhores indicadores de maneira a cumprir a missão, garantindo o presente e sustentando o futuro);

- ✚ Responsabilidade social e ambiental (respeitar o bem – estar e o futuro da comunidade, fomentando um espírito ativo de responsabilidade social e ambiental).

1.1. Caracterização da Comissão de Controlo de Infecção

A Comissão de Controlo de Infecção é um órgão de assessoria ao Conselho de Administração e é constituída por um enfermeiro a tempo inteiro e um médico em tempo parcial, que trabalham em estreita relação com os elementos dos serviços, designados de elos de ligação. A CCI trabalha fundamentalmente em três grandes áreas, a vigilância epidemiológica, a formação e a elaboração de procedimentos.

A **vigilância epidemiológica**, faz-se através de três fontes:

- ✚ Laboratório, através da deteção dos microrganismos alerta, os multirresistentes e os de fácil transmissão (staphylococcus aureus metilcilina- resistente, staphylococcus aureus resistente à vancomicina, acinetobacter, enterococcus resistente à vancomicina, enterobactereaceas, pseudomonas resistente aos carbapenemes ou multirresistente, clostridium difficile). O laboratório, mediante o resultado positivo, contacta a CCI e o chefe do serviço onde o cliente está internado. A CCI envia a informação para o enfermeiro coordenador de cada serviço, no sentido de traçar estratégias e medidas adequadas (isolamento), médico assistente, diretor clínico e diretor de enfermagem.
- ✚ Perante os resultados, segue-se o preenchimento da folha de participação de infecção ou através de participação por *mail* (havendo uma baixa adesão por parte dos enfermeiros e médicos).
- ✚ Leitura/ pesquisa dos processos dos clientes internados, pela enfermeira da CCI uma vez por semana (o que é difícil operacionalizar). Se um cliente inicia febre e antibioterapia, terá que ser feito um resumo do caso pela enfermeira da CCI e contactar-se o médico assistente. Faz-se a classificação da infecção com dias de internamento, qual a proveniência do cliente, se tinha infecção à entrada, se tem dispositivos invasivos. Sabe-se assim os dias de internamento, a mortalidade e a necessidade de

reinternamento que será descrito no relatório de vigilância epidemiológica que posteriormente será enviado ao Conselho de Administração.

As funções do enfermeiro da CCI, são:

- ✚ Colaborar no planeamento e implementação dos programas de vigilância epidemiológica propostos pela Direcção-Geral da Saúde;
- ✚ Assegurar a recolha dos meios e apoios necessários para a implementação dos programas e ações a desenvolver;
- ✚ Colaborar na elaboração de planos de ação e de relatórios de atividades;
- ✚ Identificar, planear e implementar ações de sensibilização e motivação dos pares e de outros grupos profissionais para as boas práticas;
- ✚ Colaborar na investigação e controlo de surtos em articulação com os restantes membros da CCI;
- ✚ Colaborar nos processos de recolha e divulgação da bibliografia atualizada;
- ✚ Colaborar no planeamento e implementação de eventos científicos e ou de investigação a nível nacional e internacional.
- ✚ Detetar casos de infeção em articulação com o Laboratório de Patologia Clínica, com os Serviços Farmacêuticos e com os interlocutores ou membros dinamizadores em cada área funcional;
- ✚ Identificar necessidades de intervenção na área da vigilância epidemiológica e apresentar propostas para a sua implementação;
- ✚ Propor reuniões e outras medidas complementares e/ou de carácter urgente, em situações específicas (ex. situação de surto, outras), aquando da ausência do coordenador ou seu representante;

- ✚ Participar na elaboração de normas e recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos relacionados com a área de controlo da infeção, orientar e supervisionar a sua divulgação;
- ✚ Planear e aplicar sistemas de monitorização do cumprimento das normas/recomendações;
- ✚ Manter contacto permanente com os vários departamentos, serviços e unidades, com o objetivo de detetar problemas, colher dados importantes, orientar e supervisionar as atividades propostas pela CCI;
- ✚ Identificar as necessidades na área da formação multidisciplinar e planear e desenvolver as ações de formação que abranjam todos os grupos profissionais e participar nessas ações de formação ou cursos como formador. Deverá ainda, colaborar na seleção dos formadores conteúdos temáticos que entender adequados de acordo com as áreas a abordar e os grupos profissionais envolvidos. Estar atento às necessidades de formação, nomeadamente, a formação dos profissionais em fase de integração e/ou recém-formados;

2. DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Com a realização do PIS, a necessidade adquirir novos conhecimentos e perspetivar novos horizontes surge como necessidade de enriquecimento. O contacto com outras realidades profissionais em contextos diferentes, promove a reflexão da nossa prática, através do confronto das nossas próprias atividades enquanto enfermeiros e as atividades que observamos dos outros profissionais.

Durante o estágio para além de nos ser dada informação detalhada da forma de funcionamento e dinâmica da CCI, foi possível efetuar visitas aos serviços de internamento (embora tenhamos conhecido todos os serviços do hospital), atividade habitual da Enf^a Etelvina, com vista à formação informal que é efetuada aos profissionais.

A Enf^a Etelvina proporcionou-nos a possibilidade de nos deslocarmos algumas vezes aos serviços, durante o período da manhã quando se prestavam cuidados de higiene, tendo sido uma oportunidade de verificar o hábito de

higienização das mãos dos profissionais. Nesses momentos, houve algumas irregularidades, que muito assertivamente, foram alertadas pela Enfª Etelvina, com total receptividade dos profissionais.

Durante estas visitas, a Enfª Etelvina, proporcionou-nos a possibilidade de treinar *in loco*, a observação da higienização das mãos. Consideramos que este momento foi de extrema importância na aquisição de competências para a observação da higienização das mãos.

É de salientar a ótima relação da Enfª Etelvina com todos os profissionais, a calorosa recepção destes. Este fator contribuiu significativamente para a participação nas observações, mostrando muito interesse em saber o resultado do procedimento efetuado. Perante isto, é de referir que a informação informal nos contextos de trabalho, é uma forma eficaz de promover boas práticas.

Outra atividade desenvolvida foi a consulta e pesquisa nas normas efetuadas pela CCI, que em muito contribuíram para a aquisição de conhecimentos.

A Enfª Etelvina demonstrou sempre muita disponibilidade, sempre com uma postura muito afável. Esta profissional partilhou saberes e experiências, essenciais à concretização do PIS.

3. CONCLUSÃO

Neste relatório penso que se fez prova do observado e se evidenciou o que de positivo se percebeu no desempenho de uma equipa de profissionais de saúde que tem por missão cuidar dos doentes de uma forma segura, tendo o controlo de infeção como base dos cuidados prestados.

De uma forma global, todas as atividades desenvolvidas foram de muito interesse, em muito contribuíram para a realização do PIS, nomeadamente, a atingir os objetivos propostos.

Julgamos o estágio realizado como uma mais-valia para a consolidação de saberes, que na nossa perspetiva irão contribuir para uma prática mais pensada e espelhada nas boas práticas.

Esta experiência de aprendizagem permitiu desenvolver capacidades no domínio das competências gerais do enfermeiro especialista e das específicas (K3) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que se reporta a situações de intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação e/ ou falência orgânica.

Para finalizar, consideramos atingidos os objetivos propostos inicialmente para a realização deste relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Normas de procedimentos da Comissão de Controle de Infecção do Hospital Privado;
- Apontamentos retirados, mediante as informações concedidas durante o estágio.

APÊNDICE VI

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO –
CENTRO HOSPITALAR DO
DISTRITO DE SETÚBAL**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica I -2º Semestre

Relatório de Estágio Opcional

Centro Hospitalar do Distrito de Setúbal, EPE Comissão de Controlo de Infecção

Aluno: Alice Maria Neutel Figueira, nº 0100519002

Janeiro de 2012

ÍNDICE

	Pág.
0. INTRODUÇÃO	3
1. CARACTERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO HOSPITALAR DO CENTRO HOSPITALAR	4
2. DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	6
3. CONCLUSÃO	7

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS



O. INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) realizámos um estágio opcional na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) de um Centro Hospitalar do Distrito de Setúbal, que decorreu nos dias 23 e 25 de Janeiro de 2012, num total de 16 horas, sob a orientação das Enfas Rosário Rodrigues e Tatiana Silva.

Os objetivos que se objetivam na realização deste estágio prendem-se com a necessidade de adquirir conhecimentos na área do controlo de infeção, bem como conhecer as funções dos profissionais no contexto de controlo de infeção, na instituição onde exercemos funções. Ainda assim, o objetivo major assenta na Campanha Nacional da Higiênização das Mãos, “*Mãos limpas salvam vidas*”, adotada e implementada pela Direção Geral de Saúde em Portugal desde Outubro de 2008 e no CH 2009. O interesse por nós demonstrado na realização do estágio, surge pela certeza da aquisição de conhecimentos e saberes fulcrais à realização do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS).

O relatório divide-se em três partes. A primeira descreve a CCI do CH como órgão funcional. Aproveitamos para mencionar que não descrevemos o CH uma vez que essa descrição está englobada no relatório de estágio. A segunda parte encarrega-se de descrever as atividades desenvolvidas, e por último a conclusão, espaço onde pretendemos fazer uma reflexão final.

Com a realização deste relatório, definimos os seguintes objetivos:

-  Descrever as atividades e competências desenvolvidas;
-  Mencionar os contributos deste estágio como forma de enriquecimento do PIS.

1.CARACTERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO HOSPITALAR DO CENTRO HOSPITALAR

A Comissão de Controlo de Infecção é um órgão de assessoria ao Conselho de Administração e é constituída por duas enfermeiras a tempo inteiro e quatro médicos em tempo parcial nas áreas da Infeciologia, Cirurgia, Patologia Clínica e Medicina Interna. Este último ocupa o cargo de presidente da CCI. Esta equipa engloba também uma farmacêutica e uma administrativa.

As funções atribuídas às enfermeiras da CCI são:

- ✓ Realização de normas e procedimentos em colaboração com o departamento dos padrões de qualidade;
- ✓ Planear e aplicar sistemas de monitorização do cumprimento das normas e procedimentos;
- ✓ Identificar as necessidades na área da formação multidisciplinar e planear e desenvolver as ações de formação que abranjam todos os grupos profissionais e participar nessas ações de formação ou cursos como formador. Deverá ainda, colaborar na seleção dos formadores conteúdos temáticos que entender adequados de acordo com as áreas a abordar e os grupos profissionais envolvidos. Estar atento às necessidades de formação, nomeadamente, a formação dos profissionais em fase de integração e/ou recém-formados;
- ✓ Colaborar no planeamento e implementação dos programas de vigilância epidemiológica propostos pela Direcção-Geral da Saúde;
- ✓ Identificar necessidades de intervenção na área da vigilância epidemiológica e apresentar propostas para a sua implementação;
- ✓ Realização dos estudos de incidência;
- ✓ Realização do Inquérito de Prevalência de Infecção anual do CH;

- ✓ Elaboração do caderno de encargos da limpeza, resíduos e lavandaria em colaboração com os serviços hoteleiros;
- ✓ Realização de auditorias duas vezes por ano a todos os serviços do CH, incluindo os serviços de limpeza e lavandaria;
- ✓ Colaborar no planeamento e implementação de eventos científicos e ou de investigação a nível nacional e internacional.
- ✓ Colaborar nos processos de recolha e divulgação da bibliografia atualizada;

A CCI do CH tem como **Missão**:

- Corresponder às necessidades de todas as pessoas associadas ao CH, particularmente doentes, para a prevenção das Infecções adquiridas no hospital.

A **Finalidade** dos serviços prestados é:

- Evitar as Infecções evitáveis, protegendo os doentes e profissionais e fazendo-o de uma forma custo-efetiva.

Como **Meta** considera-se:

- Motivar e sensibilizar os enfermeiros para a melhoria contínua das práticas de prevenção e controlo de infeção iatrogénica.

Os **valores** preconizados assentam:

- Transparência nos processos de decisão, baseados em critérios explícitos e disponíveis;
- Desempenho norteado pela competência técnico-científica, baseada na melhor evidência científica possível;
- Respeito pelos princípios éticos, integridade, participação e confidencialidade.

A operacionalização da **Vigilância Epidemiológica** no CH, compreende:

- Após colheita dos produtos orgânicos aos doentes, estes são enviados para o laboratório e são analisados;
- No Laboratório, aquando os resultados e mediante a deteção dos microrganismos alerta, os multirresistentes e os de fácil transmissão (staphylococcus aureus metilcilina- resistente, staphylococcus aureus resistente à vancomicina, acinetobacter, enterococcus resistente à vancomicina, enterobactereaceas, pseudomonas resistente aos carbapenemes ou multirresistente, clostridium difficile), estes são enviados para a CCI e para o respetivo serviço onde o doente está internado para conhecimento dos enfermeiros chefes e respetivos chefes de serviços. Esta medida é fundamental para a aplicação de medidas de isolamento o mais precoce possível, assim como as restantes medidas terapêuticas necessárias.
- Perante os resultados, as enfermeiras da CCI preenchem a folha de preenchimento obrigatório, com vista à participação de infeção e enviada para o serviço do doente para colocar no processo.

2.DESCRICÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o período de estágio na CCI do CH procurámos, dentro do curto período, desenvolver atividades úteis ao desenvolvimento do PIS. Como já foi referido, a grande prioridade foi a aquisição de saberes relacionados com a campanha nacional da higienização das mãos.

A Enf^a Rosário proporcionou-me oportunidade de pesquisar bibliografia e normas realizadas no âmbito da higienização das mãos, em particular os relatórios da campanha desde 2009, o que me proporcionou a aquisição de dados valiosos para o PIS. Concomitantemente, este estágio proporcionou-me também ter conhecimento global dos programas de controlo de infeção implementados no CH, com possibilidade de consultar bibliografia. É de referir que a enfermeira Rosário e a enfermeira Tatiana foram incansáveis pela disponibilidade e simpatia demonstrada.

3.CONCLUSÃO

Neste relatório penso que conseguimos com sucesso demonstrar o que se percebeu no desempenho de uma equipa de profissionais de saúde que tem por missão cuidar dos doentes de uma forma segura, tendo o controlo de infeção como base dos cuidados prestados.

Globalmente, todas as atividades desenvolvidas foram de muito interesse, com particular importância, as atividades de pesquisa acerca da higienização das mãos, e que em muito contribuíram para a realização do PIS, nomeadamente, a atingir os objetivos propostos.

Consideramos o estágio realizado como uma mais-valia para a consolidação de saberes, que na nossa perspetiva irão contribuir para uma prática mais pensada e espelhada nas boas práticas.

Esta partilha de saberes e experiências permitiu desenvolver capacidades no domínio das competências gerais do enfermeiro especialista e das específicas (K3) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que se reporta a situações de intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação e/ ou falência orgânica.

Para finalizar, consideramos atingidos os objetivos propostos inicialmente para a realização deste relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Normas de procedimentos da Comissão de Controle de Infecção do Centro Hospitalar;
- Apontamentos retirados, mediante as informações concedidas durante o estágio.

APÊNDICE VII

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA

ACÃO DE FORMAÇÃO



HOSPITAL X

IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

A Higiênização das Mãos

OBJECTIVOS: Divulgar o PIS aos enfermeiros do serviço de urgência;

Divulgar o diagnóstico de situação;

Relembrar a campanha “Medidas simples salvam vidas”.

SERVIÇO/UNIDADE: Urgência Geral

DATA: 06 e 07/12/2011

HORA: 14h

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros

FORMADOR: Enf.^a Alice Figueira

APÊNDICE VIII

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Higienização das Mãos

PLANO DE SESSÃO

Duração	Aproximadamente 120 minutos (2h).
Modo Expositivo	Computador e projetor (data-show).

Objetivos da Sessão:

- Divulgar o Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) à equipa de enfermagem do serviço de urgência;
- Divulgar o Diagnóstico de Situação;
- Apresentar a campanha “Medidas simples salvam vidas”;
- Obter sugestões da equipa de enfermagem que permitam melhorar a operacionalização do projeto.

Conteúdos	Metodologia	Tempo
- Cumprimento aos enfermeiros presentes na sessão. - Contextualização da ação de formação; - Apresentação da Orientadora, coorientadora e professora; - Apresentação do tema e metodologia de trabalho a desenvolver durante a sessão.	<u>Expositiva</u>	10min
- Divulgação dos objetivos da sessão; - Divulgação do diagnóstico de situação; - Apresentação da campanha internacional/nacional da higienização das mãos (HM) da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotada pela Direção Geral da Saúde (DGS); - Apresentação da grelha de observação elaborada pela OMS e adaptada pela DGS; Divulgação dos 5 momentos preconizados pela OMS/DGS para HM.	<u>Expositiva e interativa</u>	20min
- Divulgação da taxa de adesão dos enfermeiros à prática da higienização das mãos no período de 21 a 30/11/2011 num total de 100 observações; - Divulgação da adesão à prática da higienização das mãos por cada um dos 5 momentos da HM.	<u>Expositiva e participativa</u>	15min
- Estratégia da OMS para a promoção da HM nas unidades de saúde; - Infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS): <ul style="list-style-type: none">. Prevalência mundial e nacional;. IACS mais frequentes;. Estratégias de prevenção e consequências. - Higienização das mãos: <ul style="list-style-type: none">. Técnica correta;. Lavagem das mãos e fricção com solução antisséptica de base alcoólica (SABA).	<u>Expositiva, demonstrativa e interativa</u>	20min
- Transmissão de microrganismos; - O uso de luvas e a HM; - A pirâmide das luvas e da HM.	<u>Expositiva e Participativa</u>	20min
Síntese Final: - Esclarecimento de dúvidas.	<u>Expositiva e Participativa</u>	30 min

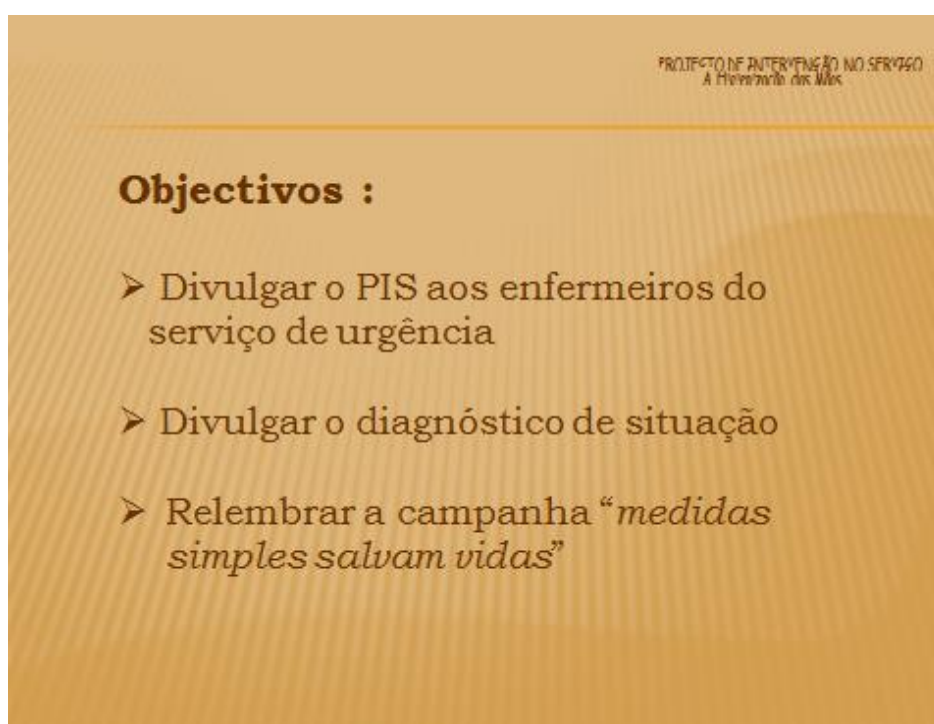
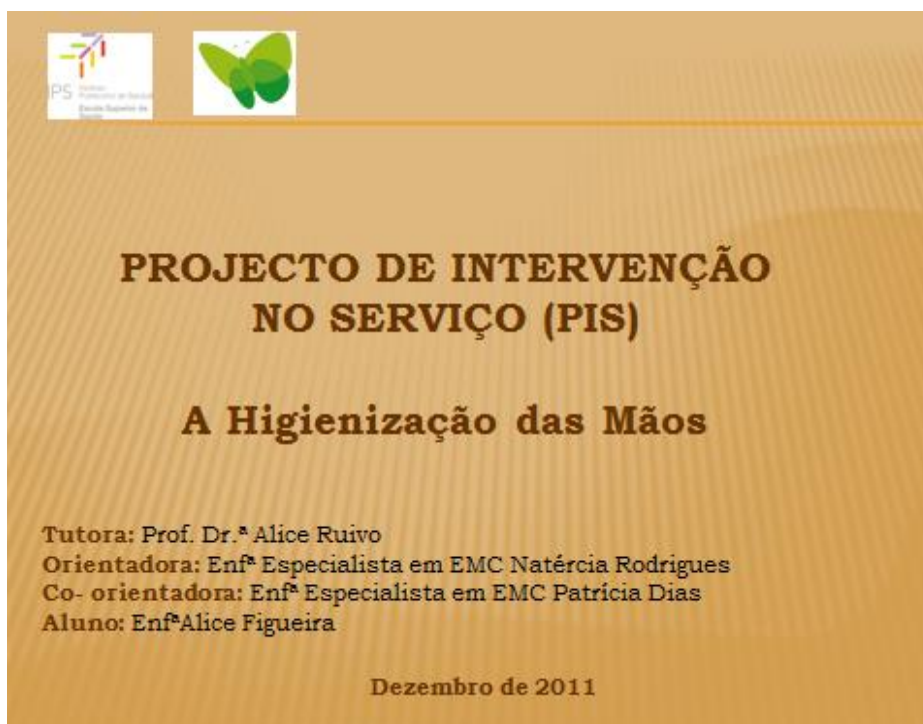
**Relatório de Trabalho de Projeto – Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Urgência:
A Higiênização das Mãos**

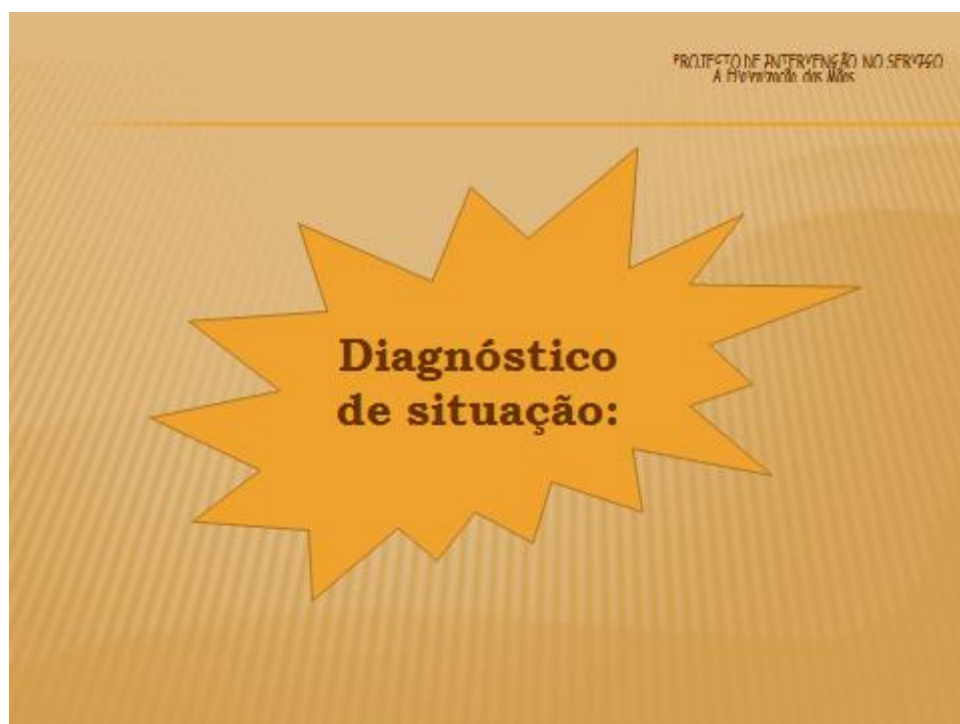
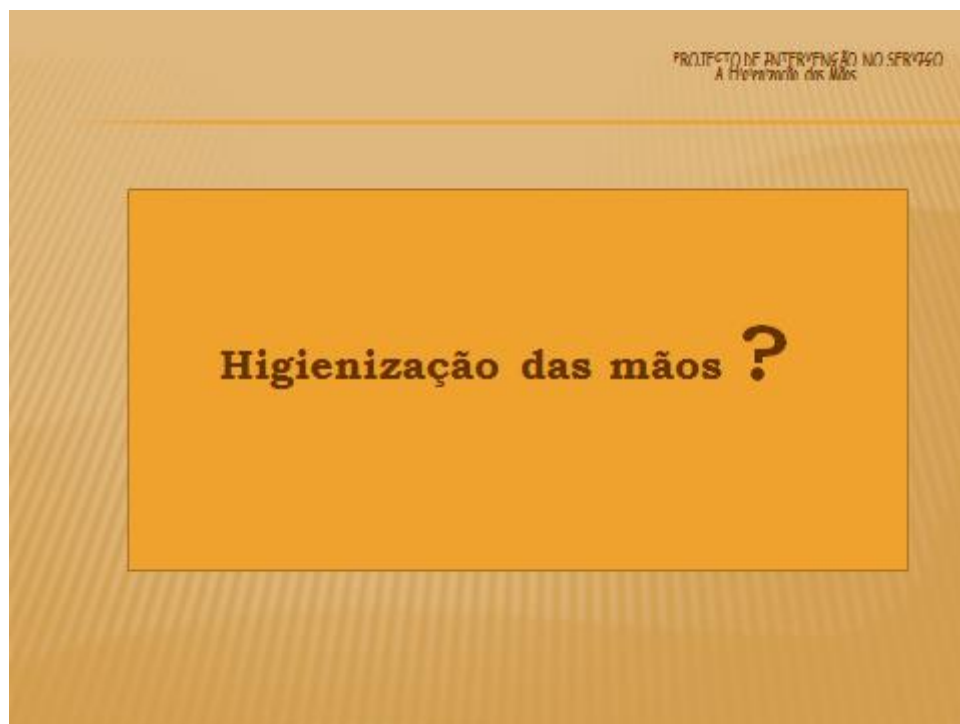
<ul style="list-style-type: none">- Síntese dos aspetos mais significativos da sessão.- Pedido de sugestões aos elementos presentes para uma implementação do projeto mais eficaz.		
Textos / Bibliografia	<ul style="list-style-type: none">- Textos e documentos existentes no site eletrónico da DGS, disponível em: WWW.dgs.pt-Apontamentos das aulas lecionadas pela Enfª Felisbela Barroso na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica I – Módulo de Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas.	

APÊNDICE IX

DISPOSITIVOS APRESENTADOS NA

ACÃO DE FORMAÇÃO



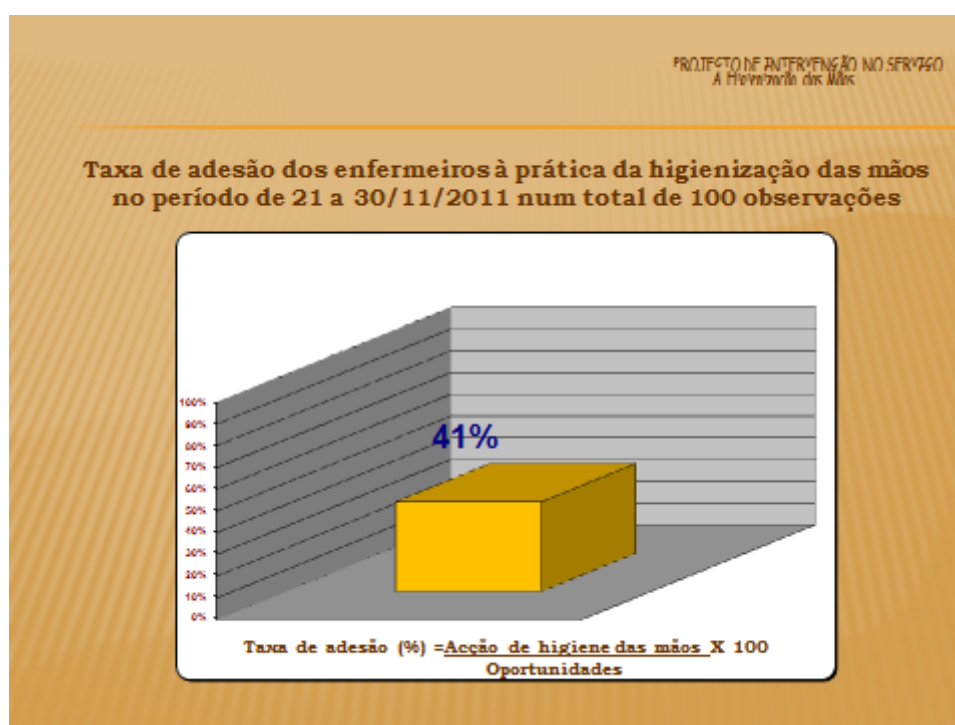


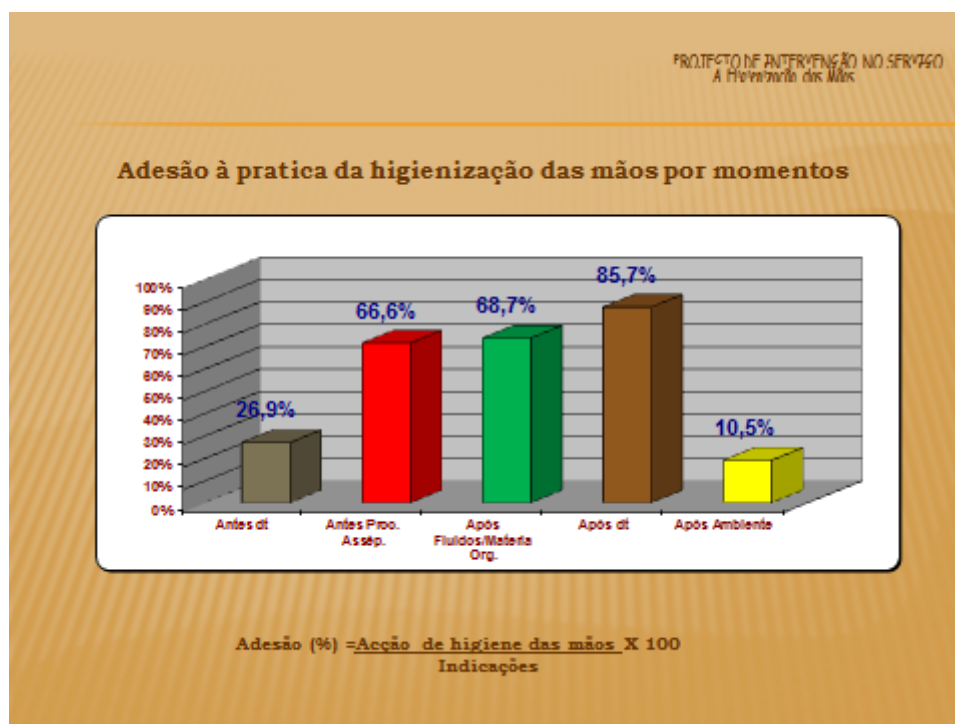
PROJECTO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO
A Higiênização das Mãos

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

Dados do Observador			Dados do Observado			Dados do Observador			Dados do Observado			Dados do Observador			Dados do Observado		
Nome do Observador			Nome do Observado			Nome do Observador			Nome do Observado			Nome do Observador			Nome do Observado		
Data (dd/mm/aaaa)			Hora (hh:mm)			Local (UF)			Módulo (UF)			Módulo (UF)			Módulo (UF)		
Descrição da situação (breve)			Descrição da situação (breve)			Descrição da situação (breve)			Descrição da situação (breve)			Descrição da situação (breve)			Descrição da situação (breve)		
Op	Indicador	Registo	Op	Indicador	Registo	Op	Indicador	Registo	Op	Indicador	Registo	Op	Indicador	Registo	Op	Indicador	Registo
1	Indicador 1	Indicador 1	1	Indicador 1	Indicador 1	1	Indicador 1	Indicador 1	1	Indicador 1	Indicador 1	1	Indicador 1	Indicador 1	1	Indicador 1	Indicador 1
2	Indicador 2	Indicador 2	2	Indicador 2	Indicador 2	2	Indicador 2	Indicador 2	2	Indicador 2	Indicador 2	2	Indicador 2	Indicador 2	2	Indicador 2	Indicador 2
3	Indicador 3	Indicador 3	3	Indicador 3	Indicador 3	3	Indicador 3	Indicador 3	3	Indicador 3	Indicador 3	3	Indicador 3	Indicador 3	3	Indicador 3	Indicador 3
4	Indicador 4	Indicador 4	4	Indicador 4	Indicador 4	4	Indicador 4	Indicador 4	4	Indicador 4	Indicador 4	4	Indicador 4	Indicador 4	4	Indicador 4	Indicador 4
5	Indicador 5	Indicador 5	5	Indicador 5	Indicador 5	5	Indicador 5	Indicador 5	5	Indicador 5	Indicador 5	5	Indicador 5	Indicador 5	5	Indicador 5	Indicador 5
6	Indicador 6	Indicador 6	6	Indicador 6	Indicador 6	6	Indicador 6	Indicador 6	6	Indicador 6	Indicador 6	6	Indicador 6	Indicador 6	6	Indicador 6	Indicador 6
7	Indicador 7	Indicador 7	7	Indicador 7	Indicador 7	7	Indicador 7	Indicador 7	7	Indicador 7	Indicador 7	7	Indicador 7	Indicador 7	7	Indicador 7	Indicador 7
8	Indicador 8	Indicador 8	8	Indicador 8	Indicador 8	8	Indicador 8	Indicador 8	8	Indicador 8	Indicador 8	8	Indicador 8	Indicador 8	8	Indicador 8	Indicador 8
9	Indicador 9	Indicador 9	9	Indicador 9	Indicador 9	9	Indicador 9	Indicador 9	9	Indicador 9	Indicador 9	9	Indicador 9	Indicador 9	9	Indicador 9	Indicador 9
10	Indicador 10	Indicador 10	10	Indicador 10	Indicador 10	10	Indicador 10	Indicador 10	10	Indicador 10	Indicador 10	10	Indicador 10	Indicador 10	10	Indicador 10	Indicador 10
11	Indicador 11	Indicador 11	11	Indicador 11	Indicador 11	11	Indicador 11	Indicador 11	11	Indicador 11	Indicador 11	11	Indicador 11	Indicador 11	11	Indicador 11	Indicador 11
12	Indicador 12	Indicador 12	12	Indicador 12	Indicador 12	12	Indicador 12	Indicador 12	12	Indicador 12	Indicador 12	12	Indicador 12	Indicador 12	12	Indicador 12	Indicador 12
13	Indicador 13	Indicador 13	13	Indicador 13	Indicador 13	13	Indicador 13	Indicador 13	13	Indicador 13	Indicador 13	13	Indicador 13	Indicador 13	13	Indicador 13	Indicador 13
14	Indicador 14	Indicador 14	14	Indicador 14	Indicador 14	14	Indicador 14	Indicador 14	14	Indicador 14	Indicador 14	14	Indicador 14	Indicador 14	14	Indicador 14	Indicador 14
15	Indicador 15	Indicador 15	15	Indicador 15	Indicador 15	15	Indicador 15	Indicador 15	15	Indicador 15	Indicador 15	15	Indicador 15	Indicador 15	15	Indicador 15	Indicador 15
16	Indicador 16	Indicador 16	16	Indicador 16	Indicador 16	16	Indicador 16	Indicador 16	16	Indicador 16	Indicador 16	16	Indicador 16	Indicador 16	16	Indicador 16	Indicador 16
17	Indicador 17	Indicador 17	17	Indicador 17	Indicador 17	17	Indicador 17	Indicador 17	17	Indicador 17	Indicador 17	17	Indicador 17	Indicador 17	17	Indicador 17	Indicador 17
18	Indicador 18	Indicador 18	18	Indicador 18	Indicador 18	18	Indicador 18	Indicador 18	18	Indicador 18	Indicador 18	18	Indicador 18	Indicador 18	18	Indicador 18	Indicador 18
19	Indicador 19	Indicador 19	19	Indicador 19	Indicador 19	19	Indicador 19	Indicador 19	19	Indicador 19	Indicador 19	19	Indicador 19	Indicador 19	19	Indicador 19	Indicador 19
20	Indicador 20	Indicador 20	20	Indicador 20	Indicador 20	20	Indicador 20	Indicador 20	20	Indicador 20	Indicador 20	20	Indicador 20	Indicador 20	20	Indicador 20	Indicador 20

Fonte: DGS 2009





A OMS através da abordagem baseada na evidência, criou 5 estratégias para promoção da higiene das mãos nas unidades de saúde:

- Mudança do sistema
(Disponibilização da SABA nos locais de prestação de cuidados)
- Formação e treino dos profissionais de saúde
- Observação da higiene das mãos e informação de retorno aos profissionais
- Disponibilização de Posters e Cartazes no local de trabalho
- Estabelecimento de um clima de segurança
Participação individual e suporte institucional

Fonte: DGS 2009

A DGS «reconhece que a IACS é um problema nacional de grande acuidade, afectando não só a qualidade de prestação de cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos directos e indirectos do sistema de saúde» (PNCI, 2007)



- Cerca **1.4 milhões** de pessoas no **mundo** sofrem de IACS (PNCI 2007)
- Nos hospitais **5-10%** dos utentes adquirem uma ou mais infeções (PNCI, 2007)



- Inquérito de prevalência (IP) de 2003 – 8,4% de IACS
- IP 2010 – 11,7%
- Nas UCI as IACS afectam cerca de **30%** dos utentes e a mortalidade atribuível ronda os **44%**

Fonte: DGS 2009

IACS mais frequentes :

- Procedimentos invasivos urinários
- Ventilação mecânica
- Inadequada antibioterapia profiláctica
- Incorrecta preparação cirúrgica da pele
- Incorrectos cuidados com a ferida
- Presença de cateteres vasculares
- Idade neonatal

Fonte: DGS 2009

Estratégias de Prevenção das IACS:

- 1. Medidas gerais**
 - Vigilância epidemiológica (VE)
 - Precauções básicas
 - Medidas de isolamento
- 2. Controlo de antibioterapia**
- 3. Medidas específicas contra as infeções:**
 - Urinária
 - Cirúrgica
 - Respiratória
 - Corrente sanguínea


Fonte: DGS 2009

Consequências das IACS :

- Agravamento do estado de saúde
- Aumento do internamento
- Sequelas
- Aumento da mortalidade/morbilidade
- Custos económicos adicionais elevados
- Custos pessoais para os utentes (qualidade de vida) e para os seus familiares

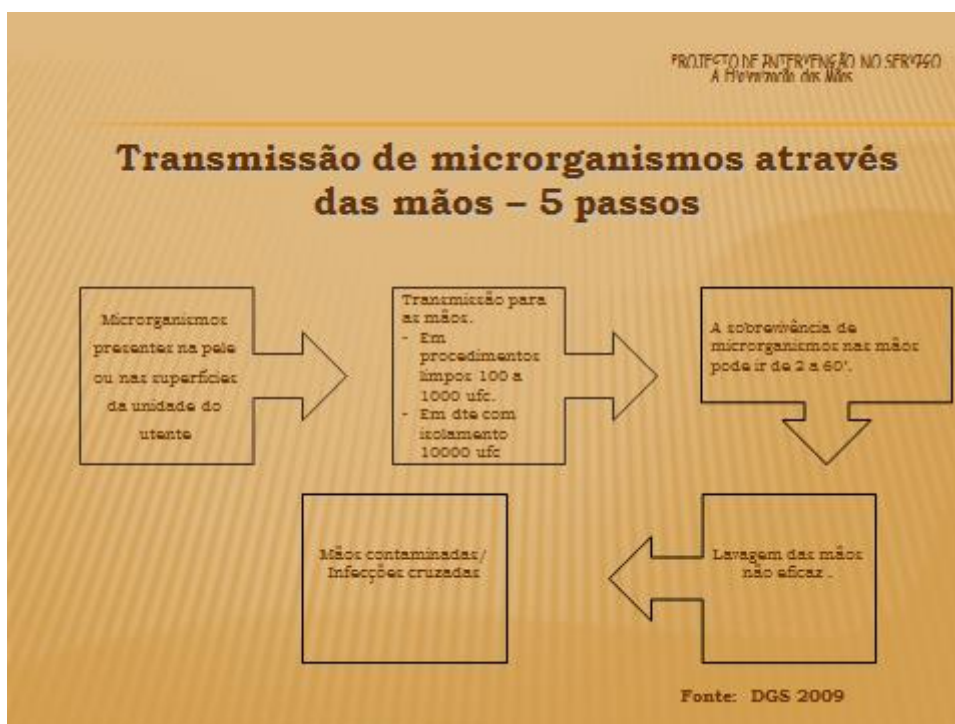
Fonte: DGS 2009

PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO
A Higiênização das Mãos



Ignaz Philipp Semmelweis
... o pioneiro

Hospital Geral de Viena – 1847



PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO
A Higienização das Mãos

Higienização das mãos



Lavagem com água e sabão – 40 a 60 segundos

Fricção com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) – 20 a 30 segundos

Tempo médio dispendido pelos profissionais é de < 10 seg.

PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO
A Higienização das Mãos

Porque devemos manter as mãos limpas?

- 1) para proteger o utente de microrganismos prejudiciais transportados nas suas mãos ou presentes na pele do doente.
- 2) para proteger o profissional de saúde e o ambiente envolvente dos microrganismos prejudiciais.

Fonte: DGS 2009

Regras de ouro da higienização das mãos:

- Deve ser efectuada exactamente onde se está a prestar cuidados ao doente (no local de cuidados).
- Durante a prestação existem 5 **momentos** em que é essencial proceder à higiene das mãos.
- Para a higiene das mãos deve-se preferir a fricção com **SABA**
Porquê? É mais acessível no local de prestação de cuidados, é mais rápida, mais efectiva e é melhor tolerada.
- Deve-se lavar as mãos com água e sabão apenas quando estas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica.
- Deve-se seguir a técnica adequada e a duração indicada.

Fonte: DGS 2009

Técnica da higienização das mãos



Fonte: DGS 2009



PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO
A Higienização das Mãos

Momento 2



- Higiene oral;
- Aspiração de secreções;
- Realização de pensos;
- Administração de terapêutica;
- Punção venosa;
- Manipulação de cateteres centrais e drenagens.

Fonte: DGS 2009

PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO
A Higienização das Mãos

Momento 3



- Aspiração de secreções;
- Aplicação de colírios;
- Realização de pensos;
- Manipulação de líquidos orgânicos para colheita;
- Cuidados de higiene e conforto;
- Contacto com fezes, urina, vômito, sangue.

Fonte: DGS 2009

PROJECTO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO
A Higiênização das Mãos

Momento 4



- Dar um aperto de mão, tocar no braço do utente;
- Ajudar o utente a mobilizar-se ou a posicionar-se;
- Avaliar sinais vitais.

Após contacto com o utente

Fonte: DGS 2009

PROJECTO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO
A Higiênização das Mãos

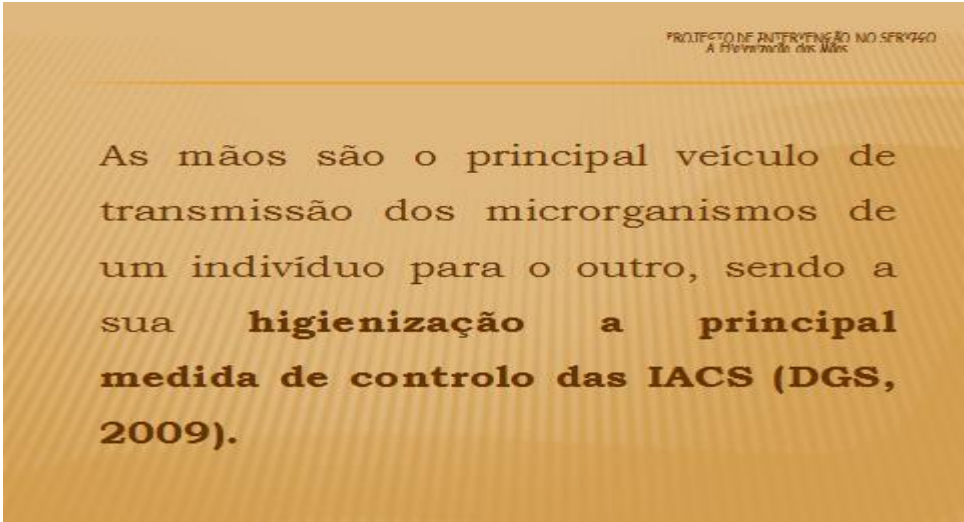
Momento 5



- Mudar a roupa da cama;
- Ajustar ritmos de perfusão;
- Monitorizar alarmes;
- Contacto com objectos da unidade do utente.

Após contacto com o ambiente envolvente do utente

Fonte: DGS 2009



PROJECTO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO
A Prevenção das Mães

Obrigado!!

APÊNDICE X
PROTÓTIPO DO INSTRUMENTO
ALUSIVO À CAMPANHA



APÊNDICE XI

**CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DAS AÇÕES
DE FORMAÇÃO SUBSEQUENTES (4 E
5 JUNHO 2012)**

HOSPITAL X

IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Implementação da Campanha “medidas simples salvam vidas” no
Serviço de Urgência

OBJECTIVOS: - Apresentação da Campanha Nacional

- Uniformizar procedimentos acerca da higienização das mãos
- Partilhar experiências e esclarecer dúvidas

SERVIÇO/UNIDADE: Urgência Geral

DATA: 4 e 5 de Junho 2012

HORA: 14h

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros

FORMADOR: Enf.^a Alice Figueira

APÊNDICE XII
PLANO DAS AÇÕES DE
FORMAÇÃO SUBSEQUENTES (4 E
5 JUNHO 2012)

Hospital X

PLANO DE SESSÃO

Duração	Aproximadamente 60 minutos
----------------	-----------------------------------

Modo Expositivo	Computador e projetor (data-show).
------------------------	---

Objetivos da Sessão:

- Apresentação da Campanha Nacional
- Uniformizar procedimentos acerca da higienização das mãos
- Partilhar experiências e esclarecer dúvidas

Conteúdos	Metodologia	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento aos enfermeiros presentes na sessão. - Contextualização da ação de formação; -Apresentação do tema e metodologia de trabalho a desenvolver durante a sessão. 	<u>Expositiva</u>	5min
<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação dos objetivos da sessão; -Apresentação da campanha internacional/nacional da higienização das mãos (HM) da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotada pela Direção Geral da Saúde (DGS); - Implementação da Estratégia Multimodal para a melhoria da HM. 	<u>Expositiva e interativa</u>	10min
<ul style="list-style-type: none"> - Definição de IACS; - Consequência das IACS; - Prevenção das IACS; - Vias de transmissão de microrganismos; - Os 5 passos da transmissão de microrganismos 	<u>Expositiva e participativa</u>	10min
<ul style="list-style-type: none"> - Estratégia da OMS para a promoção da HM nas unidades de saúde; - Infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS): <ul style="list-style-type: none"> . Prevalência mundial e nacional; . IACS mais frequentes; . Estratégias de prevenção e consequências. - Higienização das mãos: <ul style="list-style-type: none"> . Os 5 momentos da HM; . Regras de ouro para a HM; . Técnica correta; . Lavagem das mãos e fricção com solução antisséptica de base alcoólica (SABA). 	<u>Expositiva, demonstrativa e interativa</u>	15min
<ul style="list-style-type: none"> - Transmissão de microrganismos; - O uso de luvas e a HM; - A pirâmide das luvas e da HM. 	<u>Expositiva e Participativa</u>	10min
Síntese Final: <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas. - Síntese dos aspetos mais significativos da sessão. - Pedido de sugestões aos elementos presentes para uma implementação do projeto mais eficaz. 	<u>Expositiva e Participativa</u>	10min
- Textos e documentos existentes no site eletrónico da DGS, disponível em: WWW.dgs.pt		

***Relatório de Trabalho de Projeto – Prevenção e Controle de Infecção no Serviço de Urgência:
A Higienização das Mãos***

Textos / Bibliografia	-Diretrizes mencionadas pela Enf. Responsável pela CCIH acerca dos aspetos importantes a focar na ação de formação.
--------------------------	---



APÊNDICE XIII

TRABALHO DE SUPERVISÃO DE CUIDADOS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular – Enfermagem Médico-Cirúrgica II

SUPERVISÃO DE CUIDADOS

Alice Figueira

Anabela Pires

M.ª Teresa Cordeiro

Mónica Veríssimo

Sandra Contreiras

JULHO

2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular – Enfermagem Médico Cirúrgica II

SUPERVISÃO DE CUIDADOS

Alice Figueira

Anabela Pires

M.^a Teresa Cordeiro

Mónica Veríssimo

Sandra Contreiras

Docentes:

Prof. Doutora Alice Ruivo

Prof. Doutora Lurdes Martins

Prof. Doutor Sérgio Deodato

Julho
2012

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1 – SUPERVISÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM	7
1.1 – PROCESSO DE ENFERMAGEM	13
2 – DOENTE TERMINAL	19
2.1 – DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA	27
2.2 – DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS	27
2.2.1 – Vômito atual	27
2.2.2 – Hipoglicémia atual	32
2.2.3 – Morte com dignidade comprometida	34
CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
BILIOGRÁFICAS	38
ELETRÓNICAS	40

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo do processo de supervisão clínica de Nicklin -----	10
Quadro 2 - Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para vômito atual -----	28
Quadro 3 - Terapêutica medicamentosa dos vômitos -----	32
Quadro 4 - Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para hipoglicemia atual -----	32
Quadro 5 - Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para morte com dignidade comprometida -----	35

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Supervisão de Cuidados, foi proposto a análise de uma situação problemática vivenciada em contexto do estágio III, à luz do processo de enfermagem, enquadrando-a teoricamente de acordo com um modelo concetual de enfermagem e utilizando a Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE) para a elaboração de diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, que permitam a tomada de decisão clínica, para além de uma análise reflexiva que leve à decisão ética em enfermagem.

Neste trabalho será descrita uma situação vivenciada, em contexto de estágio, pelo grupo. A escolha prendeu-se com o facto de ser uma cliente em estadio terminal que recusava opióides para analgesia e desencadeava episódios de vómitos e hipoglicémias, sendo dada indicação médica para não administração de glicose hipertónica, acabando por falecer no corredor do serviço. Tal situação, põe-nos perante problemas ético deontológicos de natureza complexa que exigem reflexão que conduza à decisão autónoma de enfermagem do ponto de vista ético.

A supervisão clínica no decurso da experiência profissional dos enfermeiros, segundo Abreu (2004:1) *“refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado”*. O processo de tomada de decisão constitui um processo fulcral para a realização da supervisão de cuidados de enfermagem. O enfermeiro perante as situações da prática clínica deve estar munido de competências que lhe permitam tomar a decisão mais adequada. Para tal, é exigido competência, reflexão, autonomia e responsabilidade.

O enfermeiro especialista tem um conjunto de competências que permitem a realização da supervisão clínica em enfermagem, nomeadamente no que concerne às competências comuns A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e

articulação na equipa multiprofissional, C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, e D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, descritas no Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros.

Sendo assim, ao realizarmos este trabalho temos como objetivos:

- Identificar uma situação complexa do ponto de vista ético deontológico na prática dos cuidados de enfermagem.
- Adquirir competências que orientem a tomada de decisão na supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.
- Definir diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, segundo a CIPE, relacionados com o problema definido.
- Elaborar uma reflexão crítica acerca da situação problemática que conduza à decisão autónoma de enfermagem.

O trabalho será dividido em duas partes, a primeira em que se define supervisão de cuidados em enfermagem, processo de enfermagem e modelo concetual adotado. Na segunda parte, aborda-se a temática do cliente terminal descrevendo-se a situação problemática, os diagnósticos de enfermagem identificados, intervenções de enfermagem e resultados esperados. Por fim, far-se-á uma reflexão acerca do trabalho realizado.

1 – SUPERVISÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

A supervisão clínica em enfermagem (SCE) começou a estruturar-se no mundo ocidental com Florence Nightingale. Nos Estados Unidos da América (EUA), o crescimento da SCE foi exponencial, originado pela evolução académica e estatutária da profissão, da evolução dos sistemas de cuidados de saúde e dos modelos de gestão e por uma maior exigência dos clientes relativamente aos cuidados de enfermagem. Nos países do Norte da Europa verificou-se um desenvolvimento semelhante, embora com alguns anos de atraso relativamente aos EUA, principalmente após a transição do ensino de enfermagem para a universidade, que possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos e das ciências de enfermagem, proporcionando a reflexão da teoria na prática e o desenvolvimento da profissão (Abreu, 2004).

Na área da enfermagem psiquiátrica, o tema era discutido desde 1943. Em 1982 foi definido um primeiro modelo de intervenção, com a implementação do *Registered Mental Health Nurse Syllabus*. Em termos conceituais, Hildegard Peplau foi uma das autoras que tentou introduzir de forma mais consistente a temática da supervisão clínica em enfermagem (Ibid, 2004).

No início dos anos 90, no Reino Unido, a SCE surge da reflexão profunda sobre os contextos de saúde, profissões na área da saúde, segurança dos cuidados de saúde e qualidade de assistência (Smith 1998, cit. por Abreu 2007). Foi a partir daqui, que a SCE teve a sua implementação definitiva, tendo sido aceite como refere Bishop (1994) como uma forma de promover práticas de qualidade, dar suporte aos enfermeiros e promover a segurança dos clientes (Ibid, 2004).

Ainda segundo o autor referenciado anteriormente e citando o Departamento de Saúde do Reino Unido (1993), a SCE é um processo formal de suporte e aprendizagem que permite a alunos ou enfermeiros, um desenvolvimento integrado de competências, o assumir a responsabilidade pela prática desenvolvida e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente em situações de reconhecida complexidade. A SCE surge relacionada com, o investimento na qualidade das práticas, segurança pessoal e da equipa, através de uma atenção aos processos relacionais e de afirmação pessoal, identificação com o conteúdo do trabalho e a satisfação profissional, espírito crítico,

análise das práticas e decisões informadas e disponibilidade psicológica para estabelecer relações de ajuda.

O termo supervisão, no início, estava associado à ideia de inspeção e revisão do trabalho dos funcionários, mediante políticas e procedimentos pré-definidos e em que o supervisor procurava apenas identificar os procedimentos mal executados. O supervisor planeava o trabalho, tomava decisões e tinha autoridade para fazer com que os trabalhadores obedecessem sem questionar. Esta forma autocrática de supervisão, manteve-se muitos anos na enfermagem, despromovendo a iniciativa e produtividade das pessoas. Gradualmente, o conceito de supervisão foi evoluindo, o trabalho, os contextos e a formação foram mudando as mentalidades e, atualmente, predomina a ideia que o interesse da supervisão reside na ajuda ao trabalhador para que realize melhor o seu trabalho. Este intervém ativamente na definição das metas do seu trabalho e no planeamento de estratégias para as alcançar (Garrido,2004).

Como seria previsível a supervisão na enfermagem também evoluiu e Kron (1983:113), afirma que, *“baseado no trabalho em equipa é possível verificarem-se hoje grupos de pessoas pensando, planeando e trabalhando conjuntamente com supervisão eficaz, proporcionando melhores cuidados de enfermagem do que os experienciados há alguns anos”*.

Encontrar um conceito satisfatório de supervisão não é tarefa fácil, limitando-se muitos autores a identificar as qualidades exigidas ao supervisor ou os resultados que se esperam de um processo eficaz de supervisão (Ibid,2004).

A supervisão clínica em enfermagem é um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que executa práticas clínicas e um supervisor clínico de enfermagem. Este relacionamento envolve, o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática e permitirá consequentemente, aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões e promover a inovação na prática clínica. Para Holloway (1995), articular as várias etapas: refletir, entender, concetualizar e aplicar é a tarefa do supervisor; este é o tradutor da teoria e da pesquisa para a prática.

Um documento do *United Kingdom Central Council*, “Visão para o Futuro” (1993), referido e analisado por Cutcliffe (2001), descreve a supervisão clínica como um processo formal de sustentação profissional e de aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver conhecimentos e competências. Transmite a noção de responsabilidade

profissional e de proteção dos clientes, contribuindo para aumentar a segurança da prática em situações clínicas complexas. Estimula a expansão da prática clínica e deve ser vista como meio de incentivo para a autoavaliação encorajadora e habilidades analíticas e reflexivas (Garrido,2004).

Em 1996 a United Kingdom Central Council, descreve a supervisão clínica como forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das ações profissionais.

Existem vários modelos de supervisão que se distinguem de acordo com a sua filosofia e pressupostos teóricos e cada um tem os seus próprios valores.

Munson (2002), refere que, os profissionais podem discutir a supervisão a partir de várias perspetivas, dando ênfase às seguintes:

1. *Perspetiva de personalidade:* envolve as características e os traços que os participantes trazem para a situação de supervisão e como estes influenciam a atividade da prática e a relação de supervisão.

2. *Perspetiva de situação:* relaciona-se com as situações específicas e os problemas que os participantes encontram no processo de supervisão. O foco de interesse está nas situações e problemas e na forma de lidar com eles.

3. *Perspetiva organizacional:* ênfase colocada na função ou na organização e na forma como a supervisão ajuda a implementação das metas e objetivos organizacionais.

4. *Perspetiva de interação:* baseia-se na interação entre o supervisor e o supervisionado. A ênfase está centrada no modo como os participantes interagem e como a interação é variada para ajustar o conteúdo específico da supervisão. Os diversos atores do processo de supervisão devem acordar qual o modelo de supervisão que melhor responde às suas necessidades. Mas, para promover um modelo de reflexão sobre as práticas, a supervisão clínica deveria desempenhar três funções fundamentais:

- a) Proporcionar apoio ao enfermeiro na sua prática clínica (restaurativo);
- b) Promover desenvolvimento pessoal e profissional (educativo);
- c) Promover cuidados de enfermagem de qualidade (normativo).

O trabalho dos enfermeiros tem uma multiplicidade de atuações e áreas de prática especializada, pelo que um modelo único de supervisão não abrangerá todos os profissionais. Visto isto, nas últimas décadas surgiram vários modelos de supervisão clínica em enfermagem, um dos modelos de supervisão clínica mais importantes foi proposto por Proctor (1986) – o “*supervision alliance model*”. Esta autora, enfatiza o facto

da supervisão clínica envolver mais pessoas, além do supervisor e supervisionado (Garrido, 2004).

Abreu (2004), refere que, na generalidade dos modelos podemos identificar dois pressupostos fundamentais:

- O reconhecimento da maturidade da profissão, na medida em que consegue olhar-se criticamente, num claro sinal de exigência e responsabilidade;
- O reconhecimento de que os profissionais e os alunos são vítimas de situações potencialmente agressivas para a sua integridade psicológica. Este mesmo autor é responsável pela adaptação e divulgação entre nós do modelo de Nicklin (1997), apresentando-o como um modelo de SCE que, para além de possuir um enquadramento concetual consistente, está profundamente direcionado para a prática clínica na globalidade e não apenas para as dimensões emocionais.

Para Nicklin, a supervisão clínica em enfermagem, deve proporcionar resposta a diversos aspetos relacionados com a gestão, formação e suporte emocional, desenvolvendo-se em seis etapas, que podemos analisar no quadro seguinte.

PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA	
Objetivo	Apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afetivas e relacionais).
Identificação do problema	Clarificação das áreas dos problemas identificados.
Contextualização	Definição de objetivos de intervenção que salvaguardem as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional.
Planeamento	Preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes.
Implementação	Implementação das ações planeadas.
Avaliação	Avaliação dos resultados e do processo de supervisão.

Quadro 1 – Modelo do processo de supervisão clínica de Nicklin

Fonte: Abreu (2004), adaptado de Nicklin (1997)

A maioria dos modelos de supervisão dá especial atenção às características do supervisor, mas nem sempre estas são tidas em consideração (Sloan, 1998). Catmur (1995) salienta, a nível das características do supervisor, as capacidades de comunicação,

competências de ajuda e conhecimentos especializados. Butterworth e Faugier (1992) referem que os supervisores clínicos devem disponibilizar-se também para serem supervisionados, possuir uma preparação específica para desenvolverem o processo, possuir capacidades formativas, desenvolver práticas clínicas e serem escolhidos pelos supervisionados. Salientam ainda a necessidade dos supervisores saberem utilizar resultados das pesquisas para fazerem evoluir o processo de supervisão (Abreu, 2004).

Os objetivos fundamentais da supervisão clínica em enfermagem contemplam a formação e desenvolvimento de competências profissionais assim como a melhoria da qualidade dos cuidados dispensados aos clientes.

Thomas e Reid (1995), alertam que não devem ser negligenciadas as dificuldades que a operacionalização da supervisão clínica pode trazer e identificaram três dificuldades principais:

- a) Falta de pessoal treinado para levar a cabo essa tarefa
- b) Falta de estrutura de supervisão que, frequentemente, fazem o supervisionado questionar o papel do supervisor;
- c) Em serviços que apresentam elevada mobilidade, com aumento de admissões e de carga de trabalho, a supervisão é, habitualmente, a primeira atividade a ser renunciada e a última a ser reinstalada.

Como forma de minimizar estes problemas as instituições, muitas vezes, apontam como solução a entrega da supervisão clínica das práticas aos enfermeiros responsáveis pelos serviços ou unidades de saúde. Esta decisão tem mais inconvenientes que vantagens e será sempre uma má solução. Como refere a *United Kingdom Central Council* (1996), o supervisor clínico deve ter a confiança de quem necessita ser apoiado nas práticas, não devendo ser designado pela organização (Garrido, 2004).

Em Portugal, a supervisão clínica em enfermagem começa a surgir como uma matéria importante que leva à reflexão dos enfermeiros, apresentando-se como um meio através do qual os enfermeiros podem analisar, suportar e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais.

A supervisão clínica entre nós, como refere Abreu (2004), surge no contexto da discussão sobre qualidade, reflexão sobre formação clínica, aprendizagem experiencial e supervisão das práticas clínicas e poderá constituir uma verdadeira revolução de mentalidades.

A supervisão de cuidados é uma responsabilidade do enfermeiro, em especial do enfermeiro especialista, monitorizando, registando e avaliando os procedimentos efetuados, de forma a manter a melhoria contínua da qualidade. Analisa assim a prática, planeando quando necessário condições para a melhoria do desempenho levando à prestação de cuidados com segurança, tal como refere Abreu (2007).

Os enfermeiros têm um papel preponderante na diminuição do risco, promovendo a segurança do cliente como garante de cuidados de enfermagem de qualidade. Segundo Nunes (2006:6) *“todos os passos na intervenção de enfermagem junto de um cliente envolvem a possibilidade de erro (...). Uma clara identificação dos fatores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir, (...) desde a comunicação e a relação interpessoal em que os cuidados de enfermagem se fundam, aos aspetos processuais e técnicos do seu exercício”*

A segurança do cliente é inerente ao exercício da profissão de enfermagem, legislado no Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem, no Código Deontológico dos Enfermeiros e no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Sendo assim, deverão ser tomadas medidas para que este risco seja diminuído, reduzindo as causas do aparecimento dos mesmos, seja na melhoria de procedimentos, na avaliação dos cuidados, na comunicação, nas condições humanas e materiais.

Consideramos que a prevenção está implícita na supervisão clínica, na gestão de risco e na segurança dos clientes e é inerente aos cuidados de enfermagem. Ao longo deste trabalho pretendemos demonstrar a responsabilidade do enfermeiro especialista na melhoria dos cuidados de enfermagem, pois a supervisão clínica está bastante enraizada nos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista enunciadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, Competências do domínio da gestão dos cuidados, Competências do domínio das aprendizagens profissionais), como já foram referidas anteriormente, assim como nas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Pretendemos, assim refletir acerca de uma situação com que fomos confrontados, analisando quais os aspetos a melhorar e promover a excelência dos cuidados a prestar como enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica. Tal como refere Deodato (2010:7) *“a Supervisão de Cuidados, em ligação à aprendizagem em*

ambiente clínico, pode desempenhar um papel complementar no desenvolvimento de competências do estudante. Permitindo a reflexão e a discussão em pequeno grupo, favorece a análise sobre o vivido, ao mesmo tempo que possibilita a mobilização de conhecimentos, constituindo assim uma experiência formativa significativa.”

Desta forma é nosso propósito atingir o estadio de peritos que suportam a ação na experiência e na percepção intuitiva das situações como um todo, prestando cuidados de enfermagem de elevada qualidade e antecipação, como menciona Benner (2001).

1.1 – PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de enfermagem é um processo de resolução de problemas, de forma sistemática, contínua e dinâmica, centrado na pessoa. É um conjunto de etapas e ações planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas.

Para Doenges e Moorhouse (1992) é um método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e resolução de problemas ao planejar e prestar cuidados ao cliente.

Segundo Soresen (1998) é o método científico adaptado às condições, muitas vezes imprevisíveis, da vida humana e aplicado aos seres humanos quando têm necessidades não satisfeitas.

São objetivos do processo de enfermagem a manutenção da saúde, prevenção da doença, promoção da recuperação, restabelecimento do bem-estar e plena atividade e apoio na morte serena.

O processo de enfermagem é uma metodologia com cinco etapas (Colheita de dados, Diagnóstico, Planeamento, Implementação e Avaliação) interligadas entre si e nunca totalmente concluída pois na fase seguinte pode ser necessário voltar atrás e reformular. A avaliação da forma como a pessoa atingiu os resultados esperados conduz, não só a uma continuação da recolha de dados, mas também à redefinição dos problemas e ao planeamento de novas intervenções.

Etapas do processo de enfermagem:

1. **Colheita de dados:** consiste na obtenção de informações úteis e pertinentes sobre a pessoa, de forma a definir o problema passando à fase seguinte. Embora associada à fase inicial da relação, esta é uma fase em permanente atualização, dada a possível integração de novos dados em cada interação do enfermeiro com a pessoa.

2. **Diagnóstico:** um diagnóstico de enfermagem é segundo Soresen (1998) uma decisão clínica acerca das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/estilos de vida reais ou potenciais. É formulado de acordo com a seleção, organização e análise dos dados recolhidos. Podem ser definidos de acordo com alguns padrões como a CIPE ou a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

3. **Planeamento:** Inicia-se após a identificação dos diagnósticos, de acordo com os conhecimentos existentes, a bibliografia atual, informações pertinentes mas fundamentalmente com a vontade e a decisão da pessoa envolvida.

O planeamento com o cliente, ou seja, a inclusão da pessoa neste processo é relativamente recente e foi segundo Nunes (2011) um grande passo na área da ética pois enaltece o respeito pelo outro.

4. **Implementação:** consiste na prestação de cuidados de enfermagem de acordo com o planeado, contudo pode ser preciso replanear, pois podem ter-se alterado algumas condições e já não fazer sentido o inicialmente planeado.

Esta fase inclui a prestação direta de cuidados, a supervisão de cuidados delegados, o ensino, a orientação, a identificação das necessidades de encaminhamento e o cumprimento de prescrições de outros prestadores de cuidados de saúde.

5. **Avaliação:** consiste na observação e apreciação da eficácia e eficiência dos resultados esperados, de forma a decidir uma eventual adequação dos diagnósticos e das intervenções definidas. É por isso um processo contínuo.

O processo de enfermagem enquanto método de resolução de problemas não inclui uma base teórica subjacente à prática de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde, pois é apenas uma sequência de etapas através das quais se pretende alcançar um determinado fim. É por isso importante encontrar um enquadramento concetual que identifique essa base teórica, só possível nos vários modelos teóricos de enfermagem.

Assim, na área dos cuidados de enfermagem, tem que se considerar uma concetualização teórica, pois é através de um modelo teórico que os cuidados de enfermagem são orientados, funcionando também como fio condutor para a tomada de decisão. Pearson et al. (1992:12) referem que “ *O modelo de enfermagem, sobre o qual assente o exercício contém as teorias e os conceitos desse exercício e teorias e conceitos refletem as filosofias, os valores e as crenças sobre a natureza humana e o que a enfermagem pretende realizar*”.

Consideramos que a seleção de um modelo teórico de enfermagem e aplicação do processo de enfermagem como metodologia de trabalho, apoiada nessa teoria, corresponde a um contributo importante para o enriquecimento da qualidade dos cuidados prestados, visto que a definição do modelo sobre o qual assenta o exercício da enfermagem numa situação específica, vai afetar diretamente a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente. Os modelos teóricos de enfermagem delimitam o campo específico de atuação dos enfermeiros, dando importância às suas intervenções autónomas e levam a que haja consistência e continuidade nos cuidados prestados.

Poder-se-á dizer, que a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem passa pela utilização de uma metodologia de trabalho ou processo de enfermagem, associada a um modelo teórico. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001) definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, levando à melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos e à reflexão do exercício profissional dos enfermeiros. Foram, então, definidos os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional com base no enquadramento concetual de Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem. Existem 6 categorias de enunciados descritivos relacionados com satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

Em 2011 a OE aprova o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Saúde Especializados em Pessoa em Situação Crítica, em que se define Pessoa em Situação de Doença Crítica e ou Falência Orgânica, Situação de Catástrofe ou Emergência Multi Vítima, Prevenção e Controlo da Infecção Associado aos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação crítica. Nos enunciados descritivos para além dos referidos anteriormente surge um sétimo que se prende com a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

As instituições de saúde devem implementar e consolidar os enunciados descritivos de forma a desenvolverem projetos e definirem indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes indicadores permitem a reflexão acerca da prática dos enfermeiros em contextos de trabalho, contribuindo para a melhoria da qualidade e para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Mas, para se conseguir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem deverá existir um quadro de referência para o exercício profissional.

Neste contexto, escolhemos como fio condutor e base teórica para os cuidados de enfermagem definidos neste trabalho, o modelo concetual de Kolcaba.

Katharine Kolcaba nasceu em Cheveland, Ohio em 1944. Em 1965 obteve o diploma de enfermagem pela St. Luke's Hospital School of Nursing em Cheveland. Em 1987 licenciou-se em enfermagem, recebendo o título de especialista em Gerontologia em 1997. O conforto foi ao longo do tempo, estudado por várias teóricas de enfermagem, onde se visibilizou o seu conceito, ainda assim, a sua conceptualização e operacionalização surgiram a partir da década de 90 do século XX com Katharina kolcaba, onde desenvolveu a **Teoria do Conforto**, baseada em três tipos de raciocínio lógicos: indução, dedução e abedução. De acordo com Kolcaba (2002:89), conforto é *“a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental. (...))”*.

No dicionário da língua portuguesa, a palavra conforto significa um derivado regressivo de confortar, prestar auxílio, apoio numa aflição, numa infelicidade; ato ou efeito de confortar; ajuda, consolação, consolo. A literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem. De facto, a prática de enfermagem esteve, ao longo dos anos fortemente ligada à noção de conforto, sendo o enfermeiro aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo. Porém, o seu significado tem tido várias interpretações, fruto da evolução histórica, política e social da sociedade e com a evolução técnico-científica das ciências da saúde e da enfermagem em particular.

A teoria de Kolcaba, assenta no termo conforto, frequentemente empregado nos cuidados de enfermagem. Segundo Kolcaba, o conforto é uma experiência imediata, sendo fortalecida essencialmente pelas suas necessidades: **alívio, tranquilidade e transcendência**, dentro de quatro contextos: **físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental**. Assim, este fenómeno associa-se à enfermagem, sendo resultantes do cuidado profissional, proporcionado por meio de intervenções denominadas medidas de conforto para a satisfação das necessidades humanas básicas. Os clientes sentem necessidade de conforto em situações alvo de cuidado. Kolcaba considera o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem, sendo um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas de qualquer indivíduo, alívio, tranquilidade e transcendência.

O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade, é o estado de calma ou satisfação, necessário para um desempenho eficiente; a transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Kolcaba centra a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo cliente após a intervenção de enfermagem. Esta intervenção é vista, à luz da teoria de Kolcaba como uma forma de arte de enfermagem, em que as intervenções ou cuidados de conforto requerem um processo de ações confortantes ganhos pelos clientes. O aumento desse conforto é o resultado desse processo de conforto.

Para Kolcaba a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção. Não obstante de todos estes princípios, que são basilares e fundamentais da sua teoria, Kolcaba reconhece que a arte de enfermagem é a aplicação individual de cada profissional dos princípios científicos e humanísticos nos contextos específicos do cuidar. Consideramos importante referir que a teoria apresentada assenta num paradigma existencial, pois o conforto aparece como um estado presente além da consciência, reconhecido apenas quando o doente já viveu um estado de desconforto, constituindo uma experiência pré-reflexiva, sendo, muitas vezes difícil de descrever.

Contextualizando a teoria do conforto, seguem-se os conceitos meta paradigmáticos defendidos por Kolcaba (2002):

- ✓ **Enfermagem** é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a apreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base. A apreciação e a reapreciação podem ser intuitivas e/ou subjetivas, tal como quando uma enfermeira pergunta se o doente está confortável, (...). A apreciação pode obter-se através da administração de escalas visuais analógicas, ou de questionários tradicionais, ambos os quais Kolcaba desenvolveu.
- ✓ **Doente** é quem recebe os cuidados, podem ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde.
- ✓ **Ambiente** é qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela enfermeira ou pelos entes queridos para melhorar o conforto.

- ✓ **Saúde** é o funcionamento ótimo, conforme definido pelo paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade.

Katharine Kolcaba aborda o conforto como o *coração* da sua teoria, tendo como objetivo major proporcionar conforto aos doentes nas vertentes física, psico-espiritual, sociocultural e ambiental.

2 – DOENTE TERMINAL

Os avanços da Medicina ao longo do século XX foram inúmeros. A ocorrência da morte após um período curto de doença foi sendo combatida com sucesso, e o fenómeno da cura foi-se impondo no contexto da maioria das doenças agudas. Todos os progressos científicos e sociais alcançados impuseram um aumento da longevidade, dando origem a um outro fenómeno no mundo ocidentalizado: o da emergência das doenças crónicas não transmissíveis, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada. No entanto, o facto de se passar a viver mais tempo não implicou que se passe a morrer melhor.

A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças, a sofisticação dos meios utilizados, levou, de algum modo, a sociedade a acreditar numa cultura de negação da morte, onde se inserem os profissionais de saúde. A morte passou a ser negada e considerada como uma frustração e falhanço para estes profissionais ao acreditarem no crescente tecnicismo e tecnologia avançada. De qualquer forma, hoje, em pleno século XXI, e apesar de todos os progressos da medicina, a morte continua a ser uma certeza para cada ser humano (Neto, 2006).

A redução do número de famílias alargadas, a industrialização e a entrada da mulher no mercado de trabalho laboral, têm ao longo do tempo condicionado bastante o tipo de apoio aos doentes crónicos. O aumento crescente das doenças crónicas e o período relativamente prolongado da perda de autonomia que lhes está associado, teve implicações nas famílias e no sistema de saúde, que assume, atualmente a grande maioria dos cuidados aos doentes com doença crónica. Foi precisamente como reação a esta tendência, que surgiu, a partir de 1968, o movimento dos cuidados paliativos. Em Portugal, os cuidados paliativos, são uma atividade recente, tendo as primeiras iniciativas surgido apenas no início dos anos 90 do século passado (SNS, PNCP, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), cuidados paliativos são considerados *“como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com*

recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

Os cuidados paliativos (CP) segundo Neto (2006:25) definem-se ainda por “*cuidados ativos e interdisciplinares, integrando o controlo de sintomas, o apoio à família e a comunicação adequada. Este tipo de cuidados centra-se nas necessidades (e não nos diagnósticos) deste tipo de doentes e famílias, pelo que, muito para além dos doentes oncológicos, outros grupos há que beneficiam em muito da aplicação dos princípios da palição*”. A filosofia dos cuidados paliativos tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje perspectivada como um direito humano, sendo a sua viabilização aplicada pelas áreas do controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. A doença terminal tem normalmente associados um conjunto de problemas não só físicos, mas também de outra índole – o sofrimento.

O sofrimento não é um sintoma nem um diagnóstico, mas uma experiência humana muito complexa. A intensidade desse sofrimento é medida nos tempos do próprio doente à luz dos seus valores, das suas vivências, das suas crenças, enfim, de uma multiplicidade de fatores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa a ao mesmo tempo única para cada indivíduo que o experimenta. O objetivo dos cuidados paliativos assenta na prevenção de sintomas indesejáveis, trata-los adequadamente, diminuindo o sofrimento do doente e não o aumentando, no respeito inquestionável pela vida humana. Este pressuposto deve estar sempre presente no complexo processo de tomada de decisão clínica nos doentes em fim de vida (Ibid,2006).

De acordo com Eurag (2004 cit. por Neto 2006), a filosofia dos CP tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje perspectivada como um direito humano, nomeadamente na Comunidade Europeia. No entanto, se existe já legislação importante sobre esta matéria, o certo é que nos deparamos com grandes assimetrias na acessibilidade a este tipo de cuidados, quer entre os diferentes países, quer num mesmo país, de região para região.

No ano de 2005, o estudo *Palliative Care Facts in Europe* demonstrava que os recursos existentes em Portugal eram escassos e sem um modelo de organização homogéneo, nem instrumentos normalizados na sua gestão (SNS, PNCP, 2011).

A disponibilidade da oferta nessa altura em Portugal para prestação de Cuidados Paliativos era de 4 Unidades de Internamento (intra-hospitalares e IPSS), 3 Equipas domiciliárias e 2 Equipas Intra-Hospitalares, que davam resposta quase exclusiva aos

clientes com proveniência dos serviços do Instituto Português de Oncologia do Porto. Na avaliação em 2008, o mesmo estudo, demonstrava que, apesar do início tardio da organização de cuidados paliativos em Portugal comparativamente a outros países da Europa, apresentava um desenvolvimento acelerado e um modelo de organização homogéneo de implementação fruto de recursos humanos bem formados e de legislação e modelo financeiro favoráveis, subindo o número de camas por milhão de habitantes de 5,05 para 20, o que corresponde a um aumento de 296%.

Apesar desta ascensão dos CP, o envelhecimento da população portuguesa é um fenómeno crescente, pois de acordo com os dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística sobre a mortalidade no período 2009/2011 em Portugal, o valor da esperança média de vida à nascença foi estimado em 79,45 anos para ambos os sexos, sendo de 76,43 para os homens e cerca de 82,30 para as mulheres, sendo que 60% a 75% da população morrerá depois de um período de doença crónica progressiva, que poderá incluir uma situação de doença avançada ou terminal. Perante este fator podemos dizer que, embora existam em Portugal um número crescente de unidades de CP, nem toda a população tem acesso a estes. Todo o processo paliativo é muito moroso, muitos clientes padecem de doença prolongada, não permitindo muitas vezes vagas em tempo útil para outros clientes, o que obriga a que os cuidados sejam prestados, muitas vezes, por familiares.

Uma das maiores preocupações de um cliente terminal é o controlo da dor aguda ou crónica que debilita a pessoa até esta já não conseguir executar as suas tarefas diárias. Muitas vezes, o cliente pode estar a sofrer desnecessariamente, o que pode ter um efeito negativo na sua luta pela vida. Ter qualidade de vida até ao final de uma doença terminal é fulcral, por isso, é necessário averiguar e experimentar quais os medicamentos e/ou tratamentos que possam controlar a dor.

A importância da valorização, da avaliação e do alívio da DOR são elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A 14/06/2003, a Direção Geral de Saúde divulga a Circular Normativa n.º 09 que prevê a implementação da avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, instituindo a dor como 5º sinal vital.

O controlo eficaz da dor é um dos deveres dos profissionais de saúde, de forma a minimizar as suas consequências e garantir o conforto e bem-estar da pessoa, para tal, a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser realizada de forma contínua e regular à

semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica administrada e melhorar a qualidade de vida do cliente.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo-se no seu estado físico e psicossocial. A dor é, sem dúvida, uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolve vários componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais. Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida. Portanto, a avaliação da dor constitui uma premissa na prática do enfermeiro, procurando um cuidado individualizado e dirigindo-se à causa desencadeante da dor a fim de aliviá-la.

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP, 1994), como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”.

Para efeito de classificação médica a dor é dividida em duas categorias: as agudas, que têm duração limitada e causa geralmente conhecida, e as crônicas, que duram mais de três meses e têm causa desconhecida ou mal definida. Esta última categoria de dor aparece quando o mecanismo de dor não funciona adequadamente ou doenças associadas a ele tornam-se crônicas.

A dor é um fenómeno fisiológico essencial para a conservação da integridade física de um indivíduo, enquanto sintoma funciona habitualmente como sinal de alarme de uma lesão ou disfunção orgânica particularmente no que se refere à dor aguda. Cumprida esta função vital, a dor não representa qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. Pelo contrário, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que vão contribuir para o aparecimento de outras patologias do foro orgânico e psicológico, podendo conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso e evoluir para a cronicidade (Metzger et al, 2002).

Na prática profissional quotidiana, deve-se aceitar que a dor é aquilo que a pessoa diz que sente, no entanto, por vezes é mal interpretada por parte dos profissionais de saúde, na medida em que não é valorizada corretamente. A queixa de dor deve ser sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta. A melhor forma de avaliar a

dor é confiando nas palavras e no comportamento do cliente, aceitando que a dor existe. Uma das estratégias a adotar é então a utilização sistemática de instrumentos de avaliação, que permitem evitar os erros de interpretação.

O enfermeiro, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, toma como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado (OE, 2001).

Torna-se então premente recomendar para a prática profissional as seguintes ações (OE, 2008):

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Privilegiar o auto relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;
- Avaliar a dor de forma regular e sistemática pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com protocolos instituídos;
- Colher dados sobre a história de dor;
- Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais;
- Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto avaliação, considerando a ordem de prioridade;
- Assegurar a compreensão das escalas de auto relato pela pessoa/cuidador principal/família, após ensino;
- Avaliar a dor nas crianças pré verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação;
- Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
- Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;

- Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.

De forma a atender estes critérios o enfermeiro dispõe de um vasto leque de escalas de avaliação da intensidade da dor que se adequam às diversas necessidades da população (DGS, 2003 e OE, 2008):

Escala Visual Analógica – Qualquer idade > 6 anos de idade. Consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha e o local assinalado pela pessoa, obtendo-se a classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Sem Dor _____ Dor Máxima







Escala de Avaliação Numérica – Aplicada a qualquer pessoa que identifique a dimensão dos números. Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima”;

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Escala Qualitativa - solicita-se ao cliente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Escala de Faces – para crianças com mais de 4 anos de idade. É solicitado ao cliente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente.

					
0 (Sem Dor)	1	2	3	4	5 (Dor Máxima)

**Relatório de Trabalho de Projeto – Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Urgência:
A Higiene das Mãos**

Escala FLACC (Face, Leggs, Activity, Cry, Consolability) – aplicada a crianças

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor freqüente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com freqüência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Escala DOLOPLUS – idosos com alterações cognitivas

REPERCUSSÃO SOMÁTICA				
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2
	. posição antálgica permanente ineficaz	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA				
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3

REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL				
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2
	. recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3

Não são apenas os profissionais de saúde que exercem funções no âmbito do controlo da dor, também as instituições de saúde têm a responsabilidade de elaborar ou adotar normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor, implementar sistemas de documentação que suportem uma abordagem padronizada de avaliação e controlo da dor, promover o acesso a programas de formação sobre dor, definir indicadores de qualidade e implementar sistemas de auditoria para avaliação da qualidade no controlo da dor (OE, 2008). Partindo do princípio que a prestação de cuidados de enfermagem às pessoas, em particular pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, é da competência do enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias para alcançar esse objetivo. Inclusivamente, os enfermeiros são considerados profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, tendo todas as condições para promover e intervir no controlo da dor eficazmente (OE, 2008).

Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano terapêutico, quando o alívio da dor é inadequado (OE, Parecer 120/2007).

Segundo Gameiro (2000), as intervenções preconizadas para o alívio do sofrimento dos clientes correspondem de um modo geral aos elementos do —Processo de Cuidar de Swanson (1991), segundo este, o cuidador deverá fazer uma apreciação cuidadosa da situação, procurar conhecer o doente evitando ideias preconcebidas, demonstrar disponibilidade, promover conforto, preservar a dignidade, valorizar os sentimentos do outro, oferecer otimismo e promover a esperança.

2.1 – DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Cliente do sexo feminino, raça negra, 30 anos, com antecedentes pessoais de neoplasia gástrica com metastização óssea e carcinomatose peritoneal. Recorreu ao Serviço de Urgência por dores abdominais e vômitos. Encontrava-se em estado terminal, deitada numa maca no corredor do Serviço de Urgência. Apesar da dor referia não querer a administração de morfina, por lhe provocar mal-estar. Como tal, foi-lhe administrado outro analgésico para minimizar a dor. Durante o internamento apresentou episódios de vômitos e hipoglicémia, em que a medicina deu indicação para não administração de glicose hipertónica, para perceber a tolerância desta à hipoglicemia, porque tinha alta clínica. A doente acabou por falecer no corredor, sozinha. O que podemos fazer para evitar estas situações?

2.2 – DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS

2.2.1 – Vômito atual

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Planeadas	Resultado Esperado
Vômito atual	Monitorizar glicémia capilar. Supervisionar refeição. Vigiar tolerância à dieta. Vigiar desidratação. Vigiar náusea. Vigiar reflexo de deglutição. Vigiar vômito. Gerir ingestão de líquidos. Interromper a ingestão de alimentos. Providenciar saco de vômito. Elevar cabeceira da cama. Referir vômito ao médico. Trocar artigos de cama.	Vômito diminuído

	Confortar a pessoa. Facilitar repouso. Ensinar a pessoa sobre os posicionamentos durante a refeição.	
--	--	--

Quadro 2 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para vômito atual.

Vômito ou êmese é a expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico através da boca, causada por uma contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal (Brum et al, 2011).

As náuseas e vômitos podem ser extremamente debilitantes para o doente terminal e estão entre os sintomas que mais afetam a qualidade de vida destes doentes. Os principais órgãos envolvidos na origem destes sintomas são o trato gastrointestinal e o cérebro, através dos quimiorreceptores, do córtex cerebral, do aparelho vestibular e do centro do vômito, através de mediadores como a serotonina, a dopamina, a acetilcolina e a histamina, (Roque, 2010).

Segundo Abrunhosa (2000) as náuseas e os vômitos estão frequentemente presentes em doentes com cancro terminal e podem, resultar de um conjunto de fatores, entre os quais destacamos:

- Gastrointestinais:
 - Má higiene oral e infeções da cavidade oral (candidíase, herpes).
 - Alterações do paladar relacionadas com a quimioterapia.
 - Obstruções esofágicas.
 - Estase gástrica (ascite, hepatomegalia, opióides e anticolinérgicos).
 - Gastrite (AINES, refluxo biliar).
 - Obstrução intestinal.
 - Hiperalimentação (quando o doente tem uma sonda nasogástrica ou uma gastrostomia).
- Hipertensão intracraniana:
 - Metástases cerebrais, edema cerebral.
- Metabólicas:
 - Uremia, hiper -calcemia, toxinas tumorais.
- Induzido por fármacos:
 - Antibióticos, digoxina, AINES, morfina, anti convulsivantes.

- Quimioterapia.
- Radioterapia.

A avaliação contínua e sistemática do vômito permite o conhecimento da evolução do quadro do doente, sendo por isso, fundamental o seu registo. A avaliação compreende o conhecimento da frequência, duração, intensidade, aspeto, volume, causas ou agentes de agravamento, desconforto físico e emocional, (Brum et al , 2011).

A aplicação de instrumentos padronizados que ajudem a sistematizar a avaliação dos vômitos se bem desenvolvidos e validados, podem facilitar a avaliação pelo cliente e possibilitam a uniformização dos registos e o tratamento dos mesmos, uma escala capaz de avaliar o início e a intensidade dos vômitos pode-se constituir como uma mais-valia, através da sua avaliação é possível planear as intervenções de enfermagem e o tratamento do cliente com vista à obtenção do maior conforto possível e deve incluir:

- ✓ Condições fisiopatológicas como a aceitação alimentar, frequência com que sucedem, fatores desencadeantes ou de agravamento, coloração e aspeto, presença ou não de sinais prodrómicos.
- ✓ Medicamentos que possam provocar náuseas.
- ✓ Frequência da alimentação, ingestão de líquidos e sólidos.
- ✓ Aspetos emocionais como preocupações e sentimentos.
- ✓ Exame físico que deve incluir a investigação de sinais de desidratação, alterações da cavidade bucal e oro faringe, distensão abdominal, ascite (Ibid,2011).

O tratamento sem medicamentos dos vômitos baseia-se essencialmente na manutenção de uma boa higiene oral com lavagem regular dos dentes, desinfeção das próteses dentárias e uso de desinfetantes locais e cuidados alimentares adequados. A secura da boca que ocorre em 80% dos doentes e contribui para o agravamento das náuseas e vômitos, pode ser minimizada pela administração de cubos de gelo, gelo picado ou utilização de humidificadores e nebulizadores que permitem evitar a hidratação terminal por perfusão (a boca tem uma capacidade de absorção considerável), (Abrunhosa, 2000).

É essencial questionar o cliente a respeito de seu desejo de se alimentar, sensação de fraqueza, eventual dificuldade mecânica para deglutir, presença de sede e/ou fome, reação a determinados alimentos e odores, e agentes desencadeantes do sintoma.

O plano de cuidados de enfermagem deve incluir ainda a manutenção de um ambiente agradável, calmo e livre de odores, a administração de antieméticos prescritos

deve ser feita 40 minutos antes das refeições e a medicação para controlo da dor deve ser administrada em horário adequado, (Ibid, 2011).

As refeições devem ser fracionadas, na temperatura ambiente e os alimentos devem ser de fácil digestão, pode-se oferecer sumos frescos no intervalo das refeições. As medidas dietéticas devem ser adequadas às necessidades do doente, às suas preferências e aos seus hábitos alimentares, (Brum et al, 2011).

O cliente não se deve deitar logo após as refeições, deve permanecer com a cabeça elevada durante 1 ou 2 horas depois da ingestão de alimentos, devem-se evitar alimentos fritos, com gorduras, condimentados, salgados, ácidos, açucarados ou com odor intenso, assim como a oferta de líquidos durante às refeições, no entanto deve-se priorizar a ingestão de oito a dez copos de líquidos nos seus intervalos, de forma a evitar a desidratação, esta ação minimiza a pressão no estômago reduzindo a ocorrência de refluxo. Algumas opções de líquidos são os chás e caldos claros e sumos; gelatinas, gengibre e lascas de gelo também se constituem como boas escolhas, o café, chá forte e refrigerantes à base de colas, devem ser evitados, (Ibid, 2011).

O gengibre é um antiemético natural, combinado a preparações não ácidas e associado a ingredientes neutros e refrescantes, apresenta efeito direto no trato gastrointestinal através de suas propriedades aromáticas, carminativas e absorventes, aumentando a absorção de toxinas e ácidos, o tónus e a motilidade intestinal, (Ibid , 2011).

De acordo com a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (2011), refeições com elevado teor proteico, tiveram efeito positivo na redução das náuseas e vômitos, uma das justificações para este facto seria a redução das disritmias gástricas.

Nos casos de vômito ininterrupto é aconselhável suspender qualquer comida ou bebida até à sua cessação, a alimentação deve ser iniciada após 30 a 60 m com pequenas quantidades de líquidos claros, em casos de estase gástrica e nos decorrentes de obstrução intestinal é indicada a nutrição entérica, (Ibid , 2011).

A terapêutica médica do vômito depende do diagnóstico correto da causa, da procura de uma causa reversível (ex: hiper calcemia), da escolha adequada do antiemético e da via de administração (subcutânea ou retal se a via oral não está acessível). (Abrunhosa, 2000).

O conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos possibilita o tratamento com medicamentos que atuem em recetores específicos, estimulados ou inibidos de acordo cm as diferentes etiologias das náuseas e/ou vômitos, (Ibid, 2011).

A medicação utilizada pode ser dividida em três categorias: Os antieméticos, os pró-cinéticos e outras medicações utilizadas em casos especiais. Os agentes antieméticos são fármacos que atuam primariamente no sistema nervoso central, como os anti-histamínicos, anticolinérgicos os antidopaminérgicos, os antagonistas 5-HT3 e os antagonistas da neurocinina 1 (NK1), (Brum et al, 2011).

Os pró-cinéticos têm ação predominantemente periférica, como os agonistas 5-HT4, agentes antidopaminérgicos periféricos e os análogos da somatostatina. De entre medicamentos utilizados em situações especiais, é possível referir a utilização de benzodiazepinas no tratamento da náusea antecipatória, os licocorticoides na prevenção da náusea e vômito aguda pós quimioterapia e a possível utilização dos agentes canabinoides. Olanzapina é uma medicação antipsicótica que pode ser utilizada junto com inibidores 5-HT3 e corticoides com o objetivo de melhorar os resultados da profilaxia da NVQT, (Ibid, 2011).

Terapêutica medicamentosa dos vômitos	
FÁRMACO	INDICAÇÃO
Anticolinérgicos: <ul style="list-style-type: none"> • Bromidrato de escopolamina • Butilescopolamina 	Excesso de secreções <ul style="list-style-type: none"> • Obstrução intestinal • Hipertensão intracraniana • Irritação peritoneal
Fenotiazinas <ul style="list-style-type: none"> • Clorpromazina • Levomepromazina 	<ul style="list-style-type: none"> • Causas metabólicas, opiáceos • Obstrução intestinal
Butirofenonas <ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritação peritoneal, obstrução intestinal, • Causas metabólicas, opiáceos • Causas farmacológicas (opiáceos, anticonvulsivos)
Anti- histamínicos H1 <ul style="list-style-type: none"> • Prometazina • Hidroxizina 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritação peritoneal • Obstrução intestinal • Hipertensão intracraniana • Causas vestibulares
Gastrocinéticos <ul style="list-style-type: none"> • Domperidona • Metoclopramida 	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia, opiáceos • Estase gástrica
Antagonistas 5HT3 <ul style="list-style-type: none"> • Ondansetron 	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Radioterapia
Outras <ul style="list-style-type: none"> • Corticoides- dexametasona 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão intracraniana • Quimioterapia, radioterapia
<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepinas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade, medo, agitação
<ul style="list-style-type: none"> • Ibuprofen 	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia

<ul style="list-style-type: none">• Inibidores H2, misoprostol, omeprazole	<ul style="list-style-type: none">• Gastrite induzida por AINES
<ul style="list-style-type: none">• Bifosfonatos	<ul style="list-style-type: none">• Hipercalcemia

Quadro 3 – Terapêutica medicamentosa dos vômitos

2.2.2 – Hipoglicemia atual

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Planeadas	Resultado Esperado
Hipoglicemia atual	<ul style="list-style-type: none">. Avaliar entrada e saída de líquidos. Monitorizar glicemia capilar. Vigiar débito urinário. Vigiar ingestão de líquidos. Vigiar sinais de hipoglicemia. Gerir terapêutica. Referir hipoglicemia ao médico	Hipoglicemia nenhuma

Quadro 4 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para hipoglicemia atual

A hipoglicemia pode ser definida como um nível inferior ao nível normal de glicose no fornecimento sanguíneo, esta pode provocar uma variedade de sinais e sintomas, mas os principais surgem a partir de um fornecimento inadequado de glicose ao cérebro, causando depressão do sistema nervoso central e comprometimento da sua função (neuroglicopenia).

A hipoglicemia indica que o grau de utilização da glicose por parte dos tecidos é superior à sua disponibilidade plasmática, isto é, a saída de glicose do plasma é superior à sua entrada. Tal pode resultar de um excessivo consumo de glicose (devido ao exercício físico ou a um aumento das perdas externas), ou pode resultar de um inadequado aporte de glicose (produção endógena insuficiente ou inanição).

De uma forma geral estes dois mecanismos (aumento da saída e diminuição de entrada) atuam em consonância para produzir a síndrome hipoglicêmica, (Vale, 2010).

O nível de glicose no sangue para definir hipoglicemia pode variar de acordo com os indivíduos e as circunstâncias, mas podemos considerar para um adulto a manutenção dos níveis acima de 70 mg/ dl como normal e hipoglicemia abaixo de 60 mg / dl, (Ibid, 2010).

A hipoglicemia é motivada por uma perturbação no equilíbrio entre insulina e secretagogos, hidratos de carbono e atividade física. As formas mais comuns de hipoglicemia surgem como uma complicação do tratamento da diabetes mellitus com insulina ou antidiabéticos orais, a hipoglicemia é menos comum em pessoas não diabéticas mas pode acontecer por múltiplas causas, entre elas contam-se o excesso de insulina produzida, deficiências hormonais, fome prolongada e certos tumores, (Ibid, 2010).

Nos clientes com neoplasias malignas, verificam-se anormalidades importantes no metabolismo dos hidratos de carbono, a célula cancerosa utiliza preferencialmente a glicose como substrato energético, dez a cinquenta vezes mais, comparativamente às células normais, o que indica que a presença do tumor aumenta o consumo de glicose, o tumor torna-se o maior consumidor de glicose, enquanto o doente é estimulado de diversas formas a fabricá-la, (Silva, 2006).

De entre as alterações metabólicas destacam-se o catabolismo intenso das reservas de carboidratos, os desajustes metabólicos têm sido observados em etapas avançadas do processo neoplásico assim como na disseminação metastática, quer a intolerância à glicose resultante do aumento da resistência à insulina e a libertação inadequada de insulina tem sido descritos e ocorrem em 60% dos doentes com tumores malignos, (Ibid, 2006).

Devido ao elevado consumo de glicose, a gliconeogénese e o ciclo de Cori encontram-se em níveis aumentados para a conversão do lactato e outras substâncias em glicose objetivando a manutenção glicémica, este processo provoca ao cliente, um prejuízo energético de 300 kcal/ dia, (Silva, 2006).

O nível de glicose abaixo do valor normal recorrente e persistente tem como efeito um aumento nos números de transportadores de glicose na barreira hematoencefálica, de forma a manter o nível de glicose no líquido cefalorraquidiano tão perto da normalidade quanto possível, é por este motivo que os clientes com hipoglicemias recorrentes conseguem manter a consciência, mesmo com níveis de glucose sanguínea mais baixos, sem terem sintomas adrenérgicos significativos, (Vale, 2010).

Os sintomas de hipoglicemia podem ser divididos em dois grupos: os sintomas neuroglicopénicos e sintomas autonómicos. O primeiro grupo de sintomas resulta da privação de glicose no Sistema Nervoso Central, e inclui entre outras, alterações comportamentais (sensação de calor, fraqueza, confusão e dificuldade de concentração, astenia, lipotimia, dificuldade em falar, visão distorcida). No caso de se verificar uma

hipoglicemia prolongada, poder-se-ão verificar convulsões, danos cerebrais irreparáveis e até morte.

Os sintomas autonómicos são o resultado da ativação do sistema nervoso autónomo (ativação simpática-adrenal), resultante da hipoglicemia e incluem sudorese, fome, parestesias, tremor, palpitações, ansiedade e nervosismo, (Ibid, 2010).

Podemos reverter a hipoglicemia rapidamente, restabelecendo o nível de açúcar no sangue pela administração de glicose hipertónica ou hidratos de carbono de ação rápida.

A glicemia deve ser controlada com tiras reativas, se abaixo de 60 mg/dl, o tratamento num doente consciente pode passar pela administração de 15 gr de hidratos de carbono de ação rápida, 100 ml de sumo natural sem adição de açúcar ou três rebuçados; em meio hospitalar administra-se por via endovenosa duas fórmulas de glicose hipertónica. Após 5 minutos a glicemia deve ser novamente avaliada, se permanecer nos 60 mg/ml ou inferior a este valor deve-se administrar novamente glicose até à reposição da normalidade e após esta deve-se tentar a ingestão de hidratos de carbono de ação lenta, para ajudar a repor as reservas de glicogénio. Em doentes inconscientes a administração de oral de glucose não deve ser tentada, para além da administração de dextrose, pode-se aplicar 1 mg de glucagon por via subcutânea, levando o fígado a libertar a sua reserva de glicogénio, (Ibid, 2010).

O regime nutricional é uma parte importante da terapia, o cliente deve ter ensino sobre nutrição e planos de refeição flexível e adaptados à sua condição, os problemas alimentares não são simples para o cliente, mas a sua gestão determina o sucesso do tratamento, o enfermeiro pode fornecer informação nutricional básica e supervisionar a administração de alimentos.

2.2.3 – Morte com dignidade comprometida

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Planeadas	Resultado Esperado
Morte com dignidade comprometida	. Monitorizar frequência cardíaca . Monitorizar tensão arterial . Vigiar atividade psicomotora . Vigiar respiração	Dignidade parcial na morte

	<ul style="list-style-type: none">. Gerir ambiente físico. Gerir terapêutica. Executar técnicas de relaxamento. Facilitar serviços religiosos. Motivar comunicação de emoções. Motivar comunicação de pensamentos. Promover escuta ativa	
--	--	--

Quadro 5 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para morte com dignidade comprometida

Etimologicamente, o termo dignidade deriva do latim *Dignitate*, e tem a ver com o merecer consideração, estima, o ser tratado com respeito, que é devido a todas as pessoas, que terão de ser fim e não meio, sempre e em todas as circunstâncias.

Os enfermeiros cuidam de pessoas, que na maioria das vezes, se encontram vulneráveis e que, com frequência se apresentam relativa ou totalmente dependentes para realizar as suas atividades de vida diária autonomamente.

Os cuidados de enfermagem ao doente terminal inserem-se numa área complexa, na medida em que, muitas vezes, os profissionais de saúde são confrontados com os seus próprios sentimentos no que se refere à morte. Por se prestar cuidados ao longo do ciclo vital, proteger e respeitar a dignidade da pessoa surge como um princípio fundamental para a enfermagem.

No Código Deontológico dos Enfermeiros, o artigo 86.º - Do direito pela intimidade, o enfermeiro assume o dever de: a)respeitar a intimidade de pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na tarefa que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

No artigo 87.º - Do respeito pelo doente terminal, é referido que “*o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.*” Assim “*é dever do enfermeiro assegurar o direito primordial da pessoa a morrer com dignidade, princípio consagrado em todas as cartas de direitos dos doentes.*”

Também o artigo 81.º- Dos valores humanos, o enfermeiro assume o dever de: “a) *cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, e) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida*”. No artigo 89.º- Da humanização dos cuidados o enfermeiro assume o dever de: “a) *dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.*”

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (art.4, 1.), a enfermagem “*tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.*”

Segundo Pacheco (2002) os direitos do doente terminal em “*alguns aspetos não são devidamente tidos em linha de conta, nomeadamente a importância de cuidar quando já não é possível curar*”, e “*morrer com dignidade é, sobretudo, morrer no tempo certo – sem antecipação ou adiamento da morte – e da forma certa – sem dor, sem sofrimento e acompanhado*”.

Os desafios éticos que se colocam perante o cliente em fase terminal estão relacionados com os últimos momentos de vida, pois ainda temos clientes que morrem com dor e sozinhos. Para ajudar os clientes em fase terminal devemos promover-lhes um atendimento humano, personalizado e com respeito pelas suas escolhas, procurando promover uma morte digna.

Segundo Bailey (2001) torna-se importante cultivar o respeito pela morte, pois com frequência é mal compreendida e aceite. Também Machado e Figueiredo (2002) referem que os clientes, numa situação de morte, não devem ser expostos a quem não tem perfil humanitário e que é indispensável nestes momentos, facultar um ambiente confortável onde o profissional de saúde esteja disponível para dar apoio emocional ao cliente e familiares respeitando-os em toda a sua dignidade. Os enfermeiros assumem um papel de extrema relevância, na medida que são os profissionais que mais tempo permanecem junto dos clientes e familiares, assim, devem promover um ambiente calmo e tranquilo mostrando disponibilidade, para poderem contribuir, não só, para o alívio do sofrimento físico, mas também, para o alívio do sofrimento espiritual, que por vezes, é esquecido.

CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho proporcionou-nos uma análise da temática do cliente terminal, baseada no processo de enfermagem, com enquadramento teórico num modelo concetual de enfermagem e utilizando a CIPE, permitindo assim adquirirmos e desenvolvermos conhecimentos relativamente à evolução do conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem, a nível Nacional e Internacional.

Foi de extrema importância a aquisição de saberes nas dimensões ética, jurídica e deontológica da supervisão de cuidados em enfermagem, uma vez que é uma ferramenta essencial dos cuidados e na decisão ética de enfermagem que visa promover a excelência dos cuidados de enfermagem.

A relação de ajuda aliada à tomada de decisão do enfermeiro, à evidência científica para a prática de enfermagem e às competências do enfermeiro especialista, obrigou-nos a mobilizar conhecimentos que permitiram construir o trabalho nos moldes apresentados. Do enfermeiro especialista espera-se um desempenho adequado na supervisão de cuidados, analisando com regularidade a praxis para minimizar o risco de complicações, promover práticas seguras e a melhoria contínua da qualidade, sendo a realização deste trabalho um particular exemplo.

O modelo teórico adotado foi o de Katharine Kolcaba, com a sua teoria do conforto. Esta premissa encaixa na perfeição nas características do caso apresentado, pois o conforto surge como pedra basilar nos cuidados ao cliente terminal.

Consideramos os objetivos inicialmente propostos atingidos. Porém, o caso não foi resolvido uma vez que a cliente faleceu. Ainda assim, os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos durante a reflexão do caso serão certamente fulcrais para a resolução de casos futuros de natureza idêntica.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

ABIVEN, M. – **Para Uma Morte Mais Humana - Experiência De Uma Unidade Hospitalar De Cuidados Paliativos**. Loures. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001, ISBN 972-8383-25-8.

ABREU, W. – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico**. Coimbra, Portugal: Formasau. 2007, ISBN 978-972-8485-87-0.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. – **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**. 2ª Edição. Coimbra: Edições Almedina, 2003. ISBN 978-972-40-1852-2.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR (APED) – Enfermagem. **Revista Dor ®**: Vol.15, nº1, 2007. ISSN 0872-4814.

BAILEY, A. A. – **Morte: a grande aventura**. 2ª Edição. Niterói: Fundação Cultural Avatar, 2001.

MACHADO, W.; FIGUEIREDO, N. – Cuidar e ser cuidado: a dimensão subjetiva de uma experiência quase-morte. **Revista Enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, ISSN: 0104- 3552, Nº3 (set./dez. 2002), p.153-159.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra. Quarteto Editora, Dezembro 2001, ISBN 972-8535-97-X.

DEODATO, S. – Supervisão de Cuidados: Uma Estratégia Curricular Em Enfermagem. **Revista Percursos**. Setúbal. ISSN1646-5067. Nº 18 (out./dez. 2010), p. 3-7.

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. – **Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um Texto Interativo**. Lisboa, Lusodidacta. 1994. ISBN 972-95399/4/4.

GAMEIRO, M. – **Sufrimento na doença**. Coimbra. Quarteto Editora. 2000. ISBN 972-8535-06-6.

HOLLOWAY, E. – **Clinical Supervision: a systems approach**. USA: **Sage Publications**, 1995.

KOLCABA, K. – **Confort theory and practice. A vision for holistic health care and research**. New York: 2002, Springer

KRON, T. – **Liderazgo y administracion en enfermeria**. 5ª Edição. México: Nueva Editorial Interamericana, 1983.

METZGER, C. [et al] – **Cuidados de enfermagem e dor: Avaliação da dor, Modalidades de Tratamento e Psicologia do doente**. Loures: Lusociência, 2002.

MUNSON, C. – **Handbook of Clinical Social Work Supervision**. 3rd Edition. Binghamton: The Haworth Press, 2002.

NETO,I.; BARBOSA, A. – **Manual de Cuidados Paliativos**, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006, ISBN 978-972-9349-21-8

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2**. Lusodidacta, 2011, ISBN 978- 92-95094-35-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro**. Lisboa: Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Dor: Guia Orientador de Boa Prática**. Cadernos OE, série I, número 1, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos. Lisboa. 2001.

PACHECO, S.- **Cuidar A Pessoa Em Fase Terminal: Perspetiva Ética.**1ª Edição. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.,2002,ISBN 972-8383-30-4.

PEARSON, A.; VAUGHAN,B. - **Modelos Para o Exercício de Enfermagem.**1ª Edição. Lisboa. Grafilarte - Artes Gráficas, Lda., 1986.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. – **Modelos para o Exercício de Enfermagem.** Londres: Heinmann Nursing, 1992.

PORTUGAL. Direção Geral de saúde – **Circular Normativa: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor,** 2003.

PORTUGAL. Direção Geral de saúde – **Circular Normativa: Programa Nacional de Controlo da Dor,** 2008.

REGULAMENTO nº 122/2011 “**D.R., 2ªsérie**”, nº35 (18-2-2011) 8648-8653. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

SORENSEN & LUCKMAN - **Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica.** 1ª Edição Lisboa. Lusodidacta, 1998.

TOMEY; A. M.; ALLIGOOD, M. R. - **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ª Edição. Loures. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda,2004, ISBN:972-8383-74-6.

ELECTRÓNICAS

ABREU, W. C. – Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Informação e Promover a Qualidade. **Lusomed** [Em linha]. 2004. [Consult. 06 jun. 2012]. Disponível em: <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>.

ABRUNHOSA, M. – **Manual de Medicina Geral e Familiar** – Parte II – 2.9 – Cuidados Paliativos. Promoção e proteção da saúde nas diferentes fases de vida – Doente terminal.

[Em linha]. 2000. [Consult. 22 jun. 2012]. Disponível em: http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/paginas/001_indice.html.

BRUM, C.; STEFANI, S. – Uso de Antieméticos. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**. 2011;3(3).ISSN 1984 – 087X, p.5-25. [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.com.br/img/din/file/RBCP7.pdf>.

GARRIDO, A. – **A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros**. Dissertação para Mestre em Supervisão [Em linha], 2004. Universidade de Aveiro. Consult. [26 jun. 2012]. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1464/1/2008000333.pdf>

NUNES, L. – **Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente** [Em linha]. 2006. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica** [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consult.30 abril.2012]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Programa Nacional de Controlo da Dor**. [Em linha]. Lisboa. [Consult. 16 jun. 2012]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B06316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde – **Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos**.2011 [Em linha]. [Consult. 16 jun. 2012]. Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf

REGULAMENTO DO EXERCICIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS. [Em linha]. [Consult. 10 jun. 2012]. Disponível em www.ordemdosenfermeiros.pt.

ROQUE, C. – **Agonia – Últimos Momentos de um Doente Terminal**. Dissertação para Mestrado Integrado em Medicina. [Em linha], 2010. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Consult. [26 jun. 2012]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18763/1/Carolina%20Roque%20-%20Agonia%20-%20ultimos%20momentos%20de%20um%20doente%20term.pdf>.

SILVA, M. – Síndrome da Anorexia e Caquexia em Portadores de Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2006; 52(1). ISSN 2176 – 9745, p.63. [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao3.pdf.

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING – **Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and health Visiting** [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em <http://www.clinicalsupervision.com/clinsup.htm>.

VALE, B. – **Hipoglicemias. Causas, diagnóstico e abordagem terapêutica**. Dissertação para Mestrado Integrado em Medicina [Em linha], 2010. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Consult. [26 jun. 2012]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52846/2/Hipoglicemias.pdf>

APÊNDICE XIV
ARTIGO
INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS
CUIDADOS DE SAÚDE



INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Alice Maria Neutel Figueira

Resumo

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um problema de saúde devido à elevada morbilidade, mortalidade e custos associados. Por se tratar de uma problemática para a qual existem métodos de estudos validados para a sua prevenção, esta deve ser uma prioridade nos cuidados de saúde. Os principais riscos inerentes a este problema estão relacionados com a presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a existência de microrganismos multirresistentes, que originam, além de um impasse terapêutico, um enorme encargo financeiro. As principais medidas de prevenção e controlo assentam no cumprimento de boas práticas:

higienização das mãos, uso de equipamento de proteção individual e controlo ambiental. No sentido de controlar e inverter esta situação, as equipas de saúde multidisciplinares devem adotar uma abordagem multimodal, que inclua a monitorização contínua, formação aos profissionais de saúde, adesão dos órgãos de gestão, pois só assim existirá uma mudança de paradigma: As IACS não é uma consequência inevitável do avanço tecnológico, mas sim uma consequência evitável dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

Palavras-chave: IACS; cuidados de saúde; boas práticas; prevenção e controlo; risco; profissionais de saúde;

Abstract

Infections associated with health care are a health problem because of the high morbidity, mortality and costs. Because it is a problem for which there are studies validated methods for its prevention, this should be a priority in health care. The main risks inherent to this problem are related to the presence of invasive devices, surgical procedures and the existence of multiresistant microorganisms that originate beyond a therapeutic impasse, a huge financial burden. The main measures of prevention and control based on compliance with good practices: hand hygiene, use of personal protective equipment and environmental control. In order to control and reverse this situation, multidisciplinary health teams should adopt a multimodal approach that includes continuous monitoring, training health professionals, membership of management bodies, because only then is there a paradigm shift: infections associated with health care is an inevitable consequence of technological advancement, but an avoidable

consequence of health care provided to citizens.

Keywords: Infections associated with health care; health care; good practice; prevention and control; risk; health care professionals;

Introdução

A infecção é uma complicação comum dos cuidados de saúde, mas em grande parte evitável, e que tem um impacto importante no cliente e nos serviços de saúde (WILSON, 2003).

Os cuidados de saúde modernos trouxeram ganhos de saúde sem precedentes às novas gerações de doentes e seus familiares. Foram encontradas curas para situações consideradas incuráveis e aumentou o tempo de sobrevivência com melhor qualidade de vida numa escala que nada fazia prever há 50 anos. No entanto, todas estas conquistas acarretam riscos associados sendo um dos mais importantes a infecção. As IACS incluem-se hoje entre as

complicações mais frequentes da hospitalização (PINA, 2010). Segundo o PNCI (2007), a IACS é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. Por vezes, estas infeções são também denominadas de infeções nosocomiais e podem ser adquiridas em meio hospitalar, ou em regime de ambulatório.

IACS é, segundo o Manual de Operacionalização do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (2008:5) *“um conceito alargado de infeção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório e domicílios) ”.*

1. Abrangência do problema

A DGS «reconhece que a IACS é um problema nacional de grande acuidade, afetando não só

a qualidade de prestação de cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde» (PNCI, 2007).

As IACS afetam um grande número de indivíduos em todo o mundo tendo consequências negativas para os doentes, suas famílias e para os sistemas de saúde. Segundo a OMS as IACS constituem hoje uma epidemia silenciosa. A nível europeu, os estudos apontam para uma prevalência de 5 a 10 % de infeções em doentes hospitalizados.

Na maior parte dos países da Europa, estima-se que haverá aproximadamente 3 milhões de casos identificados anualmente com 50.000 mortes relacionadas. Em Portugal, no IP realizado em 2003 pelo PNCI em articulação com a DGS, a taxa de IACS é de 8,4%. Relativamente ao IP realizado em 2010 o valor da taxa aumentou para 11,7%. Isto

significa que pelo menos 5 doentes internados nos hospitais portugueses poderão ter adquirido uma infeção em consequência do seu internamento.



A cada momento, mais de 1,4 milhões de pessoas sofrem infeções adquiridas no hospital. Estima-se que nos países desenvolvidos, 5 a 10% dos doentes admitidos vêm a adquirir uma infeção. A proporção de doentes afetados pode ultrapassar os 25% nos países em desenvolvimento. Nos EUA as IACS são causa direta de aproximadamente 80000 mortes por ano, e de 5000 na Inglaterra.

No México, são estimados 450000 casos de infeção, causando 32 mortes por cada 100000 habitantes. Se as equipas multidisciplinares das unidades prestadoras de cuidados de saúde em consonância com os gestores hospitalares, não tomarem medidas assertivas no combate a esta problemática, os valores anuais irão, possivelmente crescer, potenciando uma situação insustentável. Não nos esqueçamos que a população está a envelhecer e as doenças crónicas são uma realidade. Estes dois fatores, entre outros, são responsáveis por inúmeros internamentos, o que vulnerabiliza os doentes a infeções.

2. Principais riscos

Ao longo dos tempos, as IACS têm sido abordadas de diversas maneiras: segundo o risco, de acordo com a frequência, gravidade, mortalidade, custos. Assim, embora as infeções urinárias sejam as mais frequentes, as infeções da corrente sanguínea e as

pneumonias estão associadas a maior mortalidade e custos. Com a evolução ao nível da tecnologia nos cuidados de saúde, dispõe-se cada vez de mais dispositivos médicos quer para monitorização quer para intervenção. A utilização destes dispositivos nem sempre é inócua e implica que os utilizadores conheçam de modo aprofundado as características e indicações de cada um deles e que os utilizem tendo por base tanto uma análise de custo-efetividade como de custo-benefício. Muitos destes dispositivos criam um “curto-circuito” aos mecanismos de defesa natural do organismo abrindo portas de entrada artificiais para os microrganismos.

As unidades de cuidados intensivos (UCI) são, regra geral, dos serviços que apresentam uma maior taxa de IACS. Nestes serviços, subsiste a possibilidade de mais de um terço dos doentes poder ser afetado. Isto acontece devido à gravidade e vulnerabilidade dos doentes e consequentemente da

necessidade de procedimentos invasivos sistemáticos. Perante esta situação podemos dizer que uma das infeções mais frequentes nestas unidades é a PAV. Apesar de todos os avanços, quer a nível da terapêutica antibiótica quer a nível dos dispositivos médicos, a PAV continua a ser uma das causas responsáveis pela elevada taxa de mortalidade nas UCI's. Define-se PAV como a pneumonia que ocorre mais de 48-72 horas após a entubação endotraqueal. Trata-se da segunda IACS mais frequente (a seguir à ITU) e aquela que representa maior mortalidade.

A utilização de cateteres intravasculares tornou-se nos últimos anos uma prática quase indispensável, nomeadamente em contexto de cuidados intensivos, não só devido ao acesso vascular de alto débito mas também por questões relacionadas com a monitorização hemodinâmica. Todos estes fatores potenciam o risco de infeção local ou sistémica - Infeção da corrente sanguínea, que, tal como a PAV é muito frequente nas unidades

prestadoras de cuidados complexos e diferenciados. A incidência da infecção da corrente sanguínea associada ao cateter depende de diversos fatores, nomeadamente: o tipo de cateter, a frequência da manipulação pelos profissionais, o local de inserção e a gravidade da situação clínica, entre outros.

Segundo a OMS (2007), estima-se que cerca de 48 % dos doentes em cuidados intensivos sejam submetidos a colocação de cateter venoso central o que representa, nos EUA, 15 milhões de dias de cateter por ano em doentes de cuidados intensivos.

De acordo com o PNCI (2007), onde se insere o programa de VE das Infecções da Corrente Sanguínea, a taxa de infecção relacionada com o CVC foi de 3,08 por mil dias de cateterização vascular central. A fisiopatologia da infecção da corrente sanguínea associada a estes dispositivos tem sido alvo de estudos para o seu melhor entendimento. Sabe-se que a colonização da porção endovascular do cateter precede sempre a infecção e pode

desenvolver-se por duas vias: intraluminal e extraluminal. A migração de microrganismos da pele desde o local da inserção até à ponta do cateter é a causa mais comum de infecção nos cateteres de curta duração (menos de 15 dias).

3. Medidas de prevenção e controlo

A IACS são uma das preocupações major dos profissionais de saúde, devido às suas enormes implicações nos processos de saúde das pessoas, nomeadamente no aumento de internamento e sofrimento, acréscimo de gastos às instituições. Assim, cabe às instituições e profissionais de saúde a responsabilidade de estabelecer e adotar medidas que colmatem este problema, apostando fortemente na sua prevenção.

O risco de transmissão existe em todos os momentos da prestação de cuidados, com especial foco em doentes imunocomprometidos e/ou com

dispositivos invasivos. Um dos aspetos fundamentais a ter em conta é a sobrelotação dos serviços associado à escassez de profissionais potencia o aumento do risco de transmissão cruzada de IACS. Neste contexto, importa compreender a efetividade das medidas de prevenção. É essencial que, em todos os momentos da prestação de cuidados, os profissionais de saúde atuem em simultâneo na área da prevenção, bem como na área do controlo da transmissão cruzada de microrganismos. Esta junção de atitudes aos quais se dá o nome de Precauções básicas e isolamento são as bases do controlo de infeção.

O conceito de precauções básicas e isolamento tem vindo a ser abordado ao longo dos anos. Os estudos de investigação na área da infeção são imensos e têm-se perpetuado até aos dias de hoje, sendo que as medidas atualmente utilizadas são comuns internacionalmente e são, em regra geram, suportadas pelos princípios:

- 1) Fornecer recomendações sobre a prevenção e controlo das IACS para todas as unidades de saúde, baseadas em evidências científicas;
- 2) Reafirmar a importância da implementação das precauções básicas como base para a prevenção da transmissão cruzada.

A higiene das mãos é parte fundamental das precauções básicas. A contaminação das mãos dos profissionais de saúde é o veículo mais comum para a transmissão de microrganismos. Este procedimento uma ação simples, acessível e rápida e continua a ser uma das principais medidas no combate às IACS em todo o mundo.

Precauções básicas

- ✚ Higiene das mãos
 - Lavagem das mãos com água e sabão
 - Ou
 - Fricção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA)
- ✚ Uso de equipamento de equipamento individual (EPI)
 - Luvas
 - Bata e/ou avental
 - Máscara
 - Proteção ocular e facial

adequado aos doentes em todo o mundo, sendo reconhecida como uma das principais causas de morte em ambiente hospitalar. Assim, em 2005 através da “world Alliance for Patient Safety”, lança um desafio de cariz mundial, tendo como mensagem principal “Clean Care is Safer Care”, tendo como grande objetivo a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde. Em 2008, Portugal, através da Direção Geral da Saúde (DGS) adere a esta iniciativa, com o intuito de fomentar nas instituições de cuidados de saúde a higiene das mãos. Desta adesão resulta a campanha “Medidas simples

salvam vidas” e engloba cinco componentes fulcrais: 1) mudança no sistema (disponibilização de SABA e acesso a lavatórios equipados); 2) formação e treino dos profissionais, 3) observação da higiene das mãos; 4) colocação de cartazes e pósteres em locais estratégicos; 5) fomentar um ambiente seguro.



O uso de EPI fazem, igualmente parte das precauções básicas, pois para além de promover proteção aos doentes, protegem também os profissionais. A seleção dos EPI é feita mediante a situação clínica do doente. Ainda assim, é importante que se reconheça que os EPI só por si não eliminam as

IACS, estas, devem ser utilizadas **SEMPRE** associadas às restantes recomendações (higiene das mãos).

4. Em síntese

O fenómeno das IACS é, atualmente são um flagelo das instituições de saúde, pelos efeitos nefastos na vida das pessoas. Há então que intervir adequadamente nesta questão, que surge como uma responsabilidade para todos, os profissionais de saúde, familiares e naturalmente dos conselhos de administração das instituições de saúde, que tem a responsabilidade de promover a segurança dos doentes. Para que isso seja possível foram criadas as Comissões de Controlo de Infecção Hospitalar, que surgem como promotoras de programas de qualidade e respetiva implementação. A eficácia das intervenções para prevenção e controlo da infeção dependem da forma como são definidos e implementados os programas de controlo de infeção.

É muito importante que cada profissional de saúde saiba reconhecer os riscos para se poder identificar os incidentes e ainda que tenham a perceção da sua importância, porque só com uma abordagem multidisciplinar, perseverante, transversal, bem estruturada e consistente, assente no conhecimento da cadeia de transmissão de infeção e tendo por base as precauções básicas é que se poderá contribuir para a prevenção da transmissão cruzada das IACS, para melhoria dos cuidados de saúde e assim contribuir para uma segurança efetiva dos doentes.

Bibliografia

- ✓ Wilson, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- ✓ Martins, Maria – *Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controlo*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora médica e científica MEDSI, 2001. ISBN: 85-7199-256-8

- ✓ MAYHALL, Glen C. – *Hospital Epidemiology and Infection Control*. Third Edition. Philadelphia: Lippincott, 2004. ISBN 0-7817-4258-7
- ✓ PINA, Elaine et al – *Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, e segurança do doente* – Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2010, Vol. 10

Referências eletrónicas

- ✓ Circular Normativa - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde – Disponível em: www.dgs.pt
- ✓ Departamento da Qualidade da Saúde - A Estratégia nacional para a melhoria da higiene das mãos em 10 perguntas – Disponível em: www.dgs.pt
- ✓ Departamento da Qualidade da Saúde –

campanha nacional da higiene das mãos – Relatório 2008/2010 – Disponível em: www.dgs.pt

- ✓ Inquérito de Prevalência de Infecção 2003 – Disponível em: www.dgs.pt
- ✓ Inquérito de Prevalência de Infecção 2010 – Disponível em: www.dgs.pt
- ✓ Manual do Observador – Campanha nacional da higienização das mãos – disponível em: www.dgs.pt
- ✓ Plano Nacional de Controlo de Infecção – Disponível em: www.pnci.pt
- ✓ Relatório de Primavera 2011 – Observatório Português dos Sistemas de Saúde – Disponível em: www.observaport.org/rp

ANEXOS

ANEXO I

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA
OMS ADAPTADA PELA DGS**

**Relatório de Trabalho de Projeto – Prevenção e Controle de Infecção no Serviço de Urgência:
A Higiênização das Mãos**

WORLD ALLIANCE
PATIENT SAFETY



FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS		Cidade		Código do Hospital	
Observador Data (dd.mm.aaaa) : : / : : Hora de início/fim (hh:mm) : : / : : Duração da sessão (mm) : :				Período Nº. : : : : Sessão Nº. : : : : Formulár. Nº. : : : :	
Cat. Profissional Código : : : : Número : : : :		Cat. Profissional Código : : : : Número : : : :		Cat. Profissional Código : : : : Número : : : :	
Cat. Profissional Código : : : : Número : : : :		Cat. Profissional Código : : : : Número : : : :		Cat. Profissional Código : : : : Número : : : :	
Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado

ANEXO II

CERTIFICADO DE PRESENÇA NAS IV
JORNADAS DE CONTROLO DE
INFEÇÃO DA ASSOCIAÇÃO
NACIONAL DE CONTROLO DE
INFEÇÃO



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se declara que:

ALICE MARIA NEUTEL FIGUEIRA

estive presente nas IV Jornadas de Controlo de Infecção da Associação Nacional de Controlo de Infecção que decorreram no dia 4 de Novembro de 2011, no Hotel Olissipo Oriente, em Lisboa.

Lisboa, 4 de Novembro 2011

Comissão Organizadora

ANEXO III

INSTRUMENTO ALUSIVO À

CAMPANHA



ANEXO IV

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA
AÇÃO DE FORMAÇÃO**

Hospital X

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Apreciação Global da Formação

Ação de Formação: _____

Nome (s) do (s) Formador (s) _____

Serviço: _____ **Data:** ____/____/____

Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada.
Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/ Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Escala de Likert – Escala desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...	1	2	3	4	5
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala?					
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?					
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A Prestação do (s) Formador (es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					
Pontuação final (soma pontos / 9)					

7. Sugestões para melhorar os aspetos anteriores menos positivos:

ANEXO V

**DIAPOSITIVOS APRESENTADOS
NAS AÇÕES DE FORMAÇÃO
SUBSEQUENTES (4 E 5 DE
JUNHO 2012)**



HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Enf.^a Alice Figueira

Enf.^a Patricia Maninha

Enf. Nuno Fazendeiro



Objectivo:

- ② Uniformizar procedimento sobre a higienização das mãos.
- ② Partilhar experiências e esclarecer dúvidas.



ALIANÇA MUNDIAL para a SEGURANÇA do Doente

- *World Alliance for Patient Safety* criada pela OMS em Out. 2004 com o objectivo de reduzir os efeitos adversos associados aos cuidados de saúde.
- *Global Patient Safety Challenge*: compreende os aspectos de risco mais significantes para utentes que recebem cuidados de saúde.
- *First Global Patient Safety Challenge “Clean Care is Safer Care”* foi criado em 2005 com o objectivo de:

Reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS)





First Global Patient Safety Challenge

Integra as diferentes acções para promover :

- a segurança *nas Transfusões*
- a segurança *nos Injectáveis*
- a segurança *nos Procedimentos Clínicos*
- *A Gestão de Risco*
- **A Higiene das Mãos**



Implementação da Estratégia Multimodal para a Melhoria da Higiene das Mãos

Já lavou as suas mãos hoje?



Dia Mundial da Lavagem das Mãos
15 de Outubro de 2008

Comissão de Controlo de Infecção - Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Pulido Valente



Aliança Mundial para a Segurança do Doente

A OMS através da abordagem baseada na evidência, criou 5 componentes estratégicos para promoção da higiene das mãos nas unidades de saúde:

Mudança do sistema

Disponibilização da SABA nos locais de prestação de cuidados

+

Formação e treino dos profissionais de saúde

+

Observação da higiene das mãos e informação de retorno aos profissionais

+

Disponibilização de Posters e Cartazes no local de trabalho

+

Estabelecimento de um clima de segurança
Participação individual e suporte institucional



1. Definição de IACS

“É uma infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão.

Estão também incluídas as infeções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta, bem como, as *Infeções adquiridas pelos profissionais, relacionadas com a prestação de cuidados (ocupacionais)*

Ducel G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002



Taxas de infecção mundiais

- Cerca **1.4 milhões de pessoas no mundo** sofrem de IACS
- Nos hospitais modernos, **5-10%** dos utentes adquirem uma ou mais infeções
- No IP de 2003 realizado em Portugal, 8.4 em cada 100 doentes tinham pelo menos uma IN
- Nas UCI as IACS afectam cerca de **30%** dos doentes e a mortalidade atribuível ronda os 44%



Consequências das IACS

- Agravamento do estado de saúde
- Aumento do internamento
- Sequelas
- Aumento da mortalidade/morbilidade
- Custos económicos adicionais elevados
- Custos pessoais para os doentes (qualidade de vida) e para os seus familiares



2. Vias de transmissão de microrganismos...





Transmissão de microrganismos através das mãos

- As mãos são o **veículo mais comum de transmissão cruzada** de agentes infecciosos associados às IACS
- A transmissão de microrganismos de um doente a outro, através das mãos dos profissionais implica **5 passos sequenciais**

Passo 1. Microrganismos presentes na pele ou nas superfícies da unidade do doente

- **Microrganismos presentes em áreas intactas da pele do doente:**
100-1 milhão(ufc/cm²)
(*S. aureus*, *P. mirabilis*, *Klebsiella* spp
Acinetobacter spp.);
- O ambiente envolvente do doente fica contaminado pelos microrganismos do próprio doente, especialmente por *Staphylococcus* e por *Enterococcus*.

(Não esquecer que a principal fonte de contaminação no ambiente resulta da descamação da pele das pessoas presentes)



Passo 2. **Transmissão para as** **mãos**



Exemplos

- Os profissionais de saúde podem contaminar as mãos durante as actividades "limpas", com cerca de 100 -1.000 ufc de *Klebsiella* spp., - Flora transitória
(ex. avaliação de pulso, TA, posicionamentos)
- 15% dos Profissionais que trabalham numa unidade de isolamento transportam em média 10.000 ufc de *Staphylococcus aureus* nas mãos
- Num hospital geral, 29% dos profissionais transportam nas mãos *Staphylococcus aureus* (contagem média 3.800 ufc) e 17-30% transportam bacilos Gram negativo

Passo 3. Sobrevivência de microrganismos nas **mãos**



Ao longo do contacto com os doentes ou com as superfícies contaminadas, os microrganismos podem sobreviver nas mãos por períodos de tempo que variam entre 2-60 min.

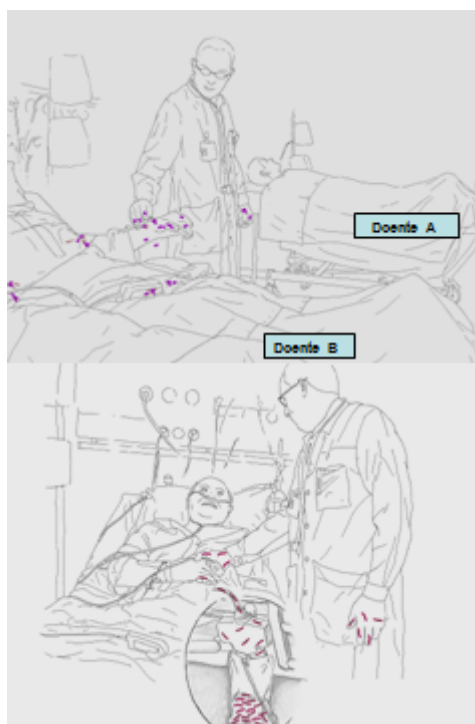
- ✳ A ausência de higienização das mãos;
- ✳ Duração dos cuidados;
- ✳ Grau do risco de contaminação das mãos.

The Lancet Infectious Diseases 2006

Passo 4

Lavagem das mãos não eficaz → manutenção das mãos contaminadas

- Quantidade de produto insuficiente e/ou duração da higiene das mãos leva a uma deficiente descontaminação.
- A flora transitória pode permanecer nas mãos com a lavagem → enquanto que a fricção com solução alcoólica demonstrou **ser mais efectiva.**



Passo 5

Mãos contaminadas/
Infecções cruzadas

- Em vários surtos, foi demonstrado que a transmissão de microrganismos entre doentes e pelo ambiente, ocorreu através das **mãos dos profissionais de saúde**



3. Prevenção da IACS

- Pelo menos **30%** de IACS podem ser prevenidas
- Muitas soluções são simples, requerem poucos recursos e podem ser implementadas em qualquer País.



Causas mencionadas pelos profissionais de saúde para a baixa adesão à prática da higiene das mãos

- Irritação e secura da pele
- Lavatórios insuficientes ou encontram-se localizados inconvenientemente
- Falta de sabão ou de toalhetes de papel
- Carência de pessoal/ excesso de lotação
- O uso de luvas cria a sensação que não é necessária a higiene das mãos
- Ausência de *modelo "roll-model"* a seguir, nos pares ou nos superiores hierárquicos
- Cepticismo acerca da importância da higiene das mãos na prevenção das IACS
- Falta de informação científica sobre o impacto da implementação da higiene das mãos dos profissionais de saúde nas taxas de infecção

CDC, 2002



O tempo = principal obstáculo para a higiene das mãos



Adequada lavagem das mãos com água e sabão requer:
1 - 1.5 min (60-90")

Tempo médio dispendido pelos profissionais é de < 10 seg.



Fricção com SABA é a resposta para o constrangimento do tempo



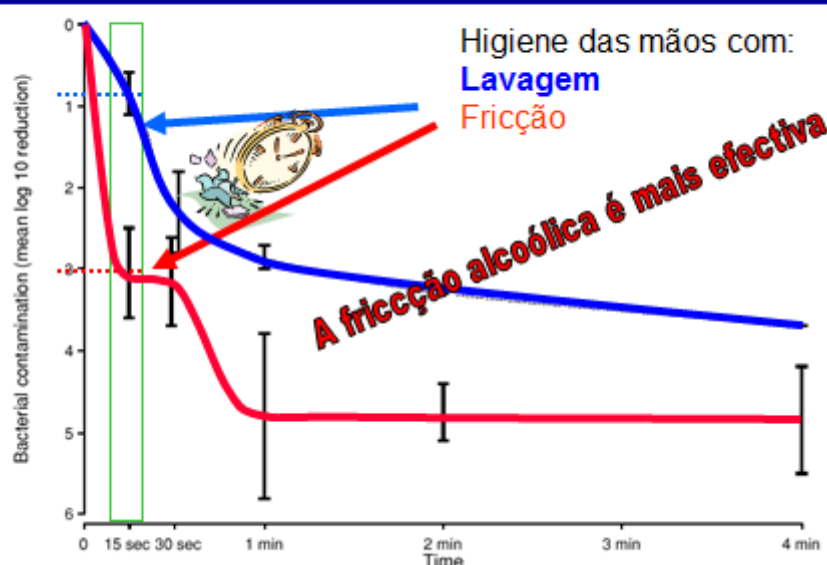
Lavagem

40 a 60 segundos

Fricção com SABA

20 a 30 segundos

Tempo aplicado na higiene das mãos segundo o método e redução da contaminação bacteriana



Pittet and Boyce, Lancet Infectious Diseases 2001



**Porquê, quando e como
proceder à higiene das mãos
nos serviços de saúde?**



Porque devemos manter as nossas mãos limpas?

Deve efectuar a higiene das mãos:

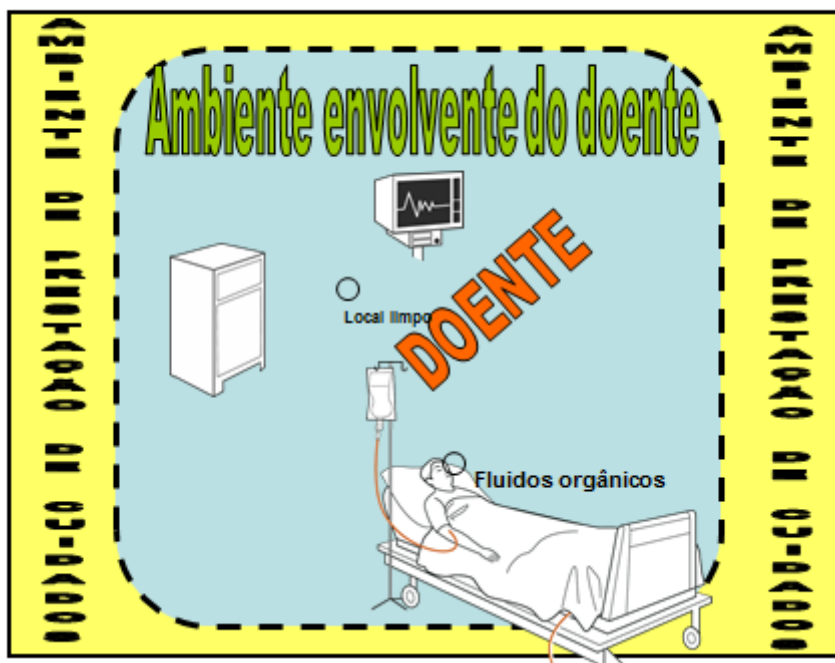
- 1) para **proteger o doente** de microrganismos prejudiciais transportados nas suas mãos ou presentes na pele do doente.
- 2) para **proteger o profissional** de saúde e o ambiente envolvente dos microrganismos prejudiciais.



“Regras de ouro” da higiene das mãos

- Deve ser efectuada **exactamente** onde se está a prestar cuidados ao doente (**no local de cuidados**).
- Durante a prestação existem **5 momentos** em que é essencial proceder à higiene das mãos.
- Para a higiene das mãos deve preferir a fricção com a **SABA**
- Porque? É mais acessível no local de prestação de cuidados, é mais rápida, mais efectiva e é melhor tolerada.
- Deve lavar as suas mãos com água e sabão apenas quando estas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica.
- Deve seguir a técnica adequada e a duração indicada.

Conceptualização geográfica do risco de transmissão



UMA CORRECTA HIGIENE DAS MÃOS DEVE SER EFECTUADA

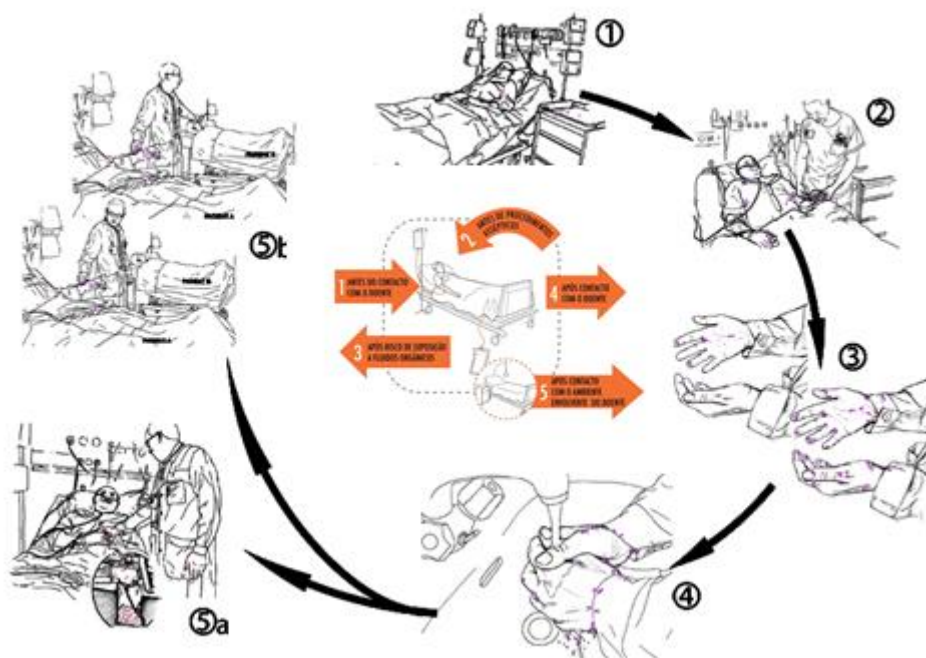


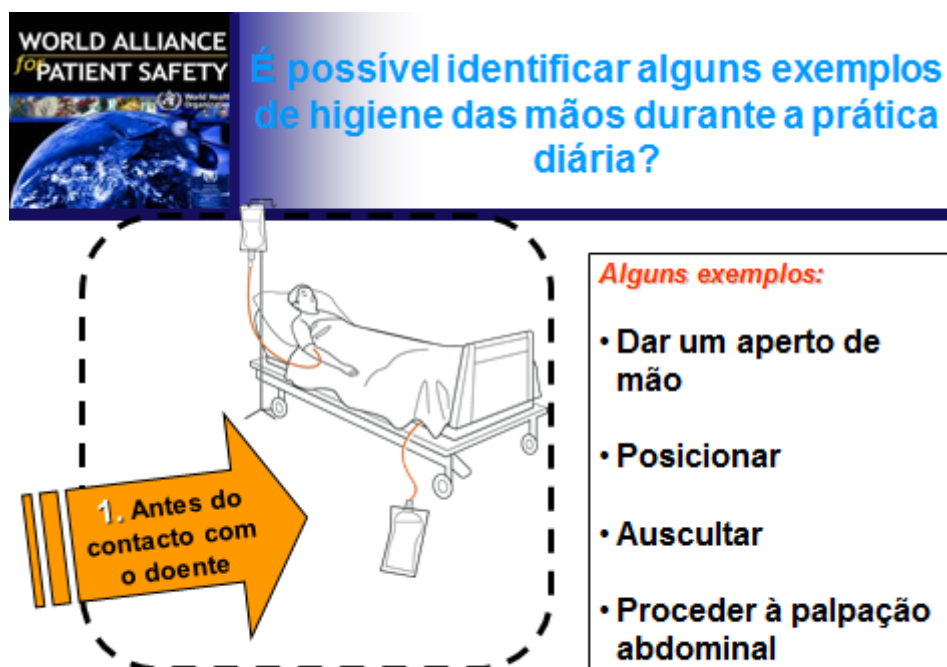
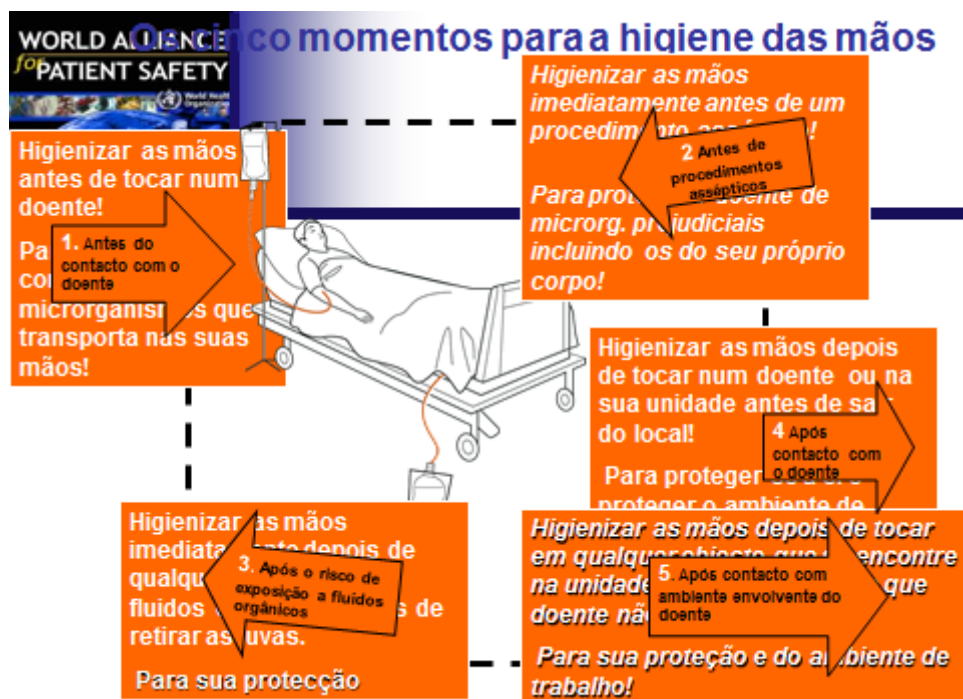


LOCAL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

- Refere-se ao local onde ocorrem simultaneamente **3 elementos**: o doente, o profissional de saúde e o procedimento/tratamento.
- A SABA deve encontrar-se o mais próximo possível.
- Deve estar acessível de modo a que possa ser usada sem se sair do local de prestação de cuidados.
- Assim, os profissionais são capazes de higienizar as mãos de acordo com os “**cinco momentos**” preconizados pela OMS.
- A SABA deve ser disponibilizada nas camas ou nas suas imediações, nos carros de medicação, de pensos e de higiene.

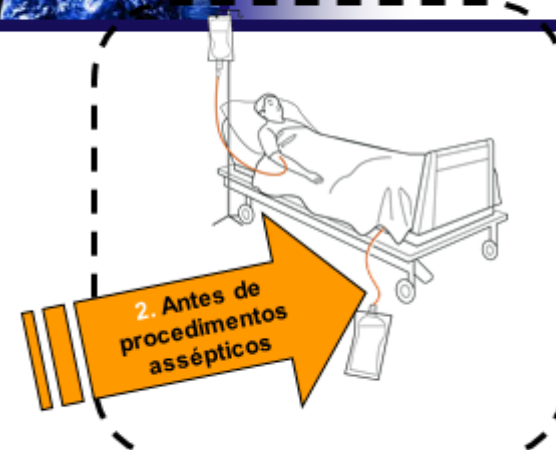
Cinco passos da transmissão de microrganismos através das mãos





**WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY**

É possível identificar alguns exemplos de higiene das mãos durante a prática diária?




2. Antes de procedimentos assépticos

Alguns exemplos:

- Aspiração de secreções
- Realização de pensos
- Injecção
- Punções venosas
- Abertura de sistema de acesso vascular ou de drenagem
- Preparação e administração de medicação
- Preparação de alimentação

**WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY**

É possível identificar alguns exemplos de higiene das mãos durante a prática diária?



3. Após o risco de exposição a fluidos orgânicos

Alguns exemplos:

- Aspiração de secreções
- Aplicação de colírios
- Realização de pensos
- Administração de medicação
- Manipulação de fluidos
- Cuidados de higiene
- Contacto com vômito, fezes, urina, secreções
- Limpeza de material/ áreas (wc, dispositivos médicos)



É possível identificar alguns exemplos de higiene das mãos durante a prática diária?

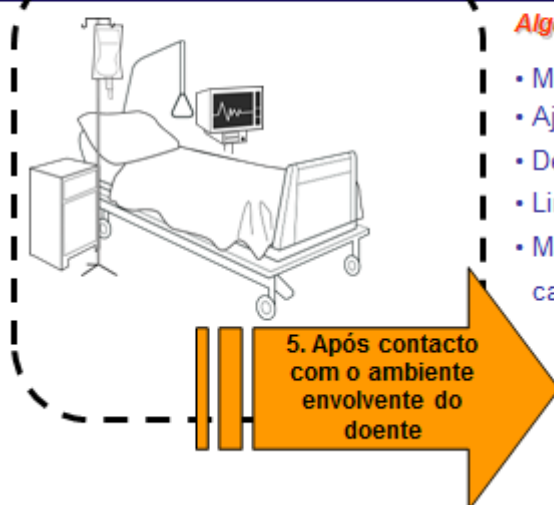


Alguns Exemplos:

- Aperto de mão
- Ajudar a posicionar
- Cuidados de higiene
- Avaliação de tensão arterial
- Palpação abdominal
- Auscultação cardíaca...



É possível identificar alguns exemplos de higiene das mãos durante a prática diária?



Alguns Exemplos:

- Mudar roupa da cama
- Ajustar a perfusão
- Desligar alarme de perfusoras
- Limpar as mesas de cabeceira
- Manipular as barras da cama...

Lavagem das mãos

Lave as mãos, apenas quando estiverem visivelmente sujas!
Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA)

Duração total do procedimento: 40-60 seg.



Para uma redução efectiva de microrganismos nas mãos, a lavagem deve demorar no mínimo **40 a 60 seg** e deve ser efectuada segundo as indicações que constam no cartaz

Fricção anti-séptica das mãos

Higienize as mãos, friccionando-as com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA)! Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.

Duração total do procedimento: 20-30 seg.



Para reduzir efectivamente o crescimento de microrganismos nas mãos, deve efectuar a fricção anti-séptica de acordo com os passos indicados no cartaz

Corresponde a **20-30 seg!**



O USO DE LUVAS E A HIGIENE DAS MÃOS

LUVAS + HIGIENE DAS MÃOS = MÃOS LIMPAS



Procedimento correcto: **Proceder à higienização das mãos antes do uso de luvas**

LUVAS - SEM HIGIENE DAS MÃOS = TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS



O uso da luvas e higiene das mãos

- O uso de luvas **obriga à higienização prévia das mãos** (não substitui a necessidade de higienizar as mãos).
- *Após o uso / entre a troca de luvas deve higienizar **sempre** as mãos.*
- *Devem ser usadas luvas apenas quando indicado!*
- *O seu uso inadequado torna-se um risco acrescido de transmissão de microrganismos.*



WORLD ALLIANCE

Pirâmide das Luvas e Higiene das Mãos



As luvas devem usadas de acordo com PRECAUÇÕES BÁSICAS e de CONTACTO. A pirâmide explica alguns exemplos clínicos em que luvas não estão indicadas, e outras em que estão indicadas luvas limpas ou esterilizadas. A higiene das mãos deve ser executada q



***Adaptado de Training Education Film
World Alliance for Patient Safety***

Tradução: Ana Rita Rojão

ANEXO VI

PEDIDO DE CONCESSÃO DE
EQUIVALÊNCIAS DA PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
— VERTENTE CUIDADOS PALIATIVOS

**Relatório de Trabalho de Projeto – Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Urgência:
A Higiênização das Mãos**

MESTRADO MC - REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DE EQUIVALÊNCIAS

N.º _____ (a preencher pelos serviços académicos da ESS)

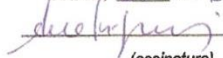
Exma. Senhora Directora da Escola Superior de Saúde

(Nome) Alice Maria Neutel Figueira, portador do Bilhete de Identidade n.º 116 88368 emitido em 13 / 10 / 06 pelo Serviço Emissor de Ulsbora, com o e-mail figueiraalice@hotmail.com, tendo concluído com aproveitamento o 1º Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Paliativos, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência a concessão da equivalência a 37 ECTS do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de acordo com a tabela que se segue, nos termos do aprovado pelo Conselho Técnico Científico da Escola em 13 Abril de 2011.

PLANO DE ESTUDOS MESTRADO MC		PLANO DE ESTUDOS PG EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA OPÇÃO PALIATIVOS	
Unidades Temáticas	ECTS		Equivalência
Enq. Conceptual de Enfermagem Médico Cirúrgica	2	Enq. Conceptual de Enfermagem Médico Cirúrgica	INTEGRAL
Cuid. Em Situação de Crise: Cliente e Família	2	Cuid. Em Situação de Crise: Cliente e Família	INTEGRAL
Cuid. Cliente com Falência Multiorgânica	3	Cuid. Cliente com Falência Multiorgânica	INTEGRAL
Cuid. Cliente com Múltiplos Sintomas	3	Cuid. Cliente com Múltiplos Sintomas	INTEGRAL
Intervenções de Enf ao Cliente com Dor	2	Intervenções de Enf ao Cliente com Dor	INTEGRAL
Estágio I	4	Estágio I	INTEGRAL
Estágio II	12	Estágio II	PARCIAL (11ECTS) FALTA (1ECTS)
Ética em Investigação	1	Ética em Investigação	INTEGRAL
Supervisão de Cuidados	3	Supervisão de Cuidados	PARCIAL (1ECTS) FALTAM (2ECTS)
Seminário de Peritos	3	Seminário de Peritos	PARCIAL (2ECTS) FALTAM (1ECTS)
Questões Éticas emergentes em Cuidados Complexos	2	Questões Éticas emergentes em Cuidados Complexos	INTEGRAL
Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem	2	Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem	INTEGRAL
Interv. De Enf. A Clientes com Problemas Cardiovasculares	2 (1UNI.)	Interv. De Enf. A Clientes com Problemas Cardiovasculares	INTEGRAL
Interv. De Enf. Ao Cliente com Prob. Cerebrovasculares		Interv. De Enf. Ao Cliente com Prob. Cerebrovasculares	
Interv. De Enf. A Clientes em Situação de Urgência		Interv. De Enf. A Clientes em Situação de Urgência	
Interv. De Enf. A Clientes com P. Oncológicos		Interv. De Enf. A Clientes com P. Oncológicos	
G. Stresse		G. Stresse	

Ficam por realizar 53 dos 90 ECTS do MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.

Setúbal, 24 de 6 de 2011


(assinatura)